

تأثیر برنامه آموزش خودمراقبتی مبتنی بر الگوی اورم بر ابعاد روحی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

رضا مسعودی^۱ * عیسی محمدی^۲ فضل الله احمدی^۳ علی حسن پور دهکردی^۴

چکیده

زمینه و هدف: بیماری مولتیپل اسکلروزیس یک بیماری مزمن و تحلیل برنده سلول‌های عصبی مرکزی است. غالباً در افراد جوان بروز کرده و کیفیت زندگی آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این مطالعه با هدف تعیین تأثیر برنامه آموزش خود مراقبتی مبتنی بر الگوی اورم بر ابعاد روحی کیفیت زندگی بیماران مولتیپل اسکلروزیس انجام گرفت.

روش بررسی: این مطالعه با طراحی کارآزمایی بالینی و با انتخاب و مشارکت ۷۰ بیمار مولتیپل اسکلروزیس عضو انجمن مولتیپل اسکلروزیس ایران در دو گروه آزمون و شاهد (هر گروه ۳۵ نفر) انجام شد. ۸ جلسه برنامه آموزشی بر اساس نیازهای آموزشی بیماران و مبتنی بر الگوی اورم طراحی شده بود که در طول دو هفته اجرا گردید و با استفاده از چک‌لیست‌های خود گزارش‌دهی میزان به‌کارگیری برنامه‌ها پیگیری و اندازه‌گیری گردید؛ سپس سه ماه بعد از اجرای برنامه پست تست انجام شد. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری کای دو و تی زوجی و تی مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: آزمون تی مستقل اختلاف معناداری در ابعاد روحی کیفیت زندگی بیماران گروه آزمون و شاهد قبل از مداخله نشان نداد. همین آزمون اختلاف معنی داری در دو گروه بعد از اجرای مداخله نشان داد ($P=0/001$). آزمون تی زوجی تفاوت معنی داری در جهت افزایش در ابعاد روحی کیفیت زندگی بیماران گروه آزمون بعد از مداخله نشان داد ($P=0/001$), در حالی که همین آزمون تفاوت معنی داری در ابعاد روحی کیفیت زندگی بیماران گروه شاهد نشان نداد.

نتیجه‌گیری: طراحی و به‌کارگیری برنامه خود مراقبتی مبتنی بر الگوی اورم بر اساس نیازهای آموزشی و با توجه به اصول آموزش به بیمار بر ابعاد روحی کیفیت زندگی بیماران مولتیپل اسکلروزیس می‌تواند موثر باشد.

کلید واژه‌ها: تصلب متعدد - کیفیت زندگی - آموزش به بیمار - مراقبت از خود

تاریخ دریافت: ۸۷/۱۰/۳

تاریخ پذیرش: ۸۸/۶/۲۶

این مقاله از پایان نامه دانشجویی استخراج شده است.

^۱ مربی عضو هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، چهارمحال بختیاری، ایران

^۲ دانشیار گروه آموزش پرستاری دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران (* مؤلف مسؤل)

شماره تماس: +۲۱-۸۲۸۸۳۵۵۰ Email: emohamadu@yahoo.com

^۳ دانشیار گروه آموزش پرستاری دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

^۴ مربی عضو هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، چهارمحال بختیاری، ایران

مقدمه

مولتیپل اسکلروزیس یک بیماری مزمن، پیشرونده و شایع دمیالینزاسیون سیستم عصبی مرکزی در بالغین جوان می‌باشد. شیوع آن در سنین جوانی و با کاهش عملکرد فردی و اجتماعی همراه است.^(۱) تقریباً ۵۰۰۰۰۰ نفر در آمریکا مبتلا به Multiple Sclerosis هستند و هر ساله ۸۰۰۰ مورد جدید شناسایی می‌شود، این بیماری اغلب در سنین ۲۰-۴۰ سالگی رخ می‌دهد و سومین علت ناتوانی در آمریکا است.^(۱و۲) روند رو به افزایش بیماران ام‌اس در ایران نیز لزوم توجه به مسایل و مشکلات درمانی بیماران را طلب می‌کند.^(۱) بیماری مولتیپل-اسکلروزیس غالباً افرادی را مبتلا می‌کند که در مرحله مولد زندگی خود قرار دارند و درباره نقش و مسئولیت‌های خانوادگی خود نگران هستند.^(۳) این بیماری استقلال و توانایی فرد را برای شرکت موثر در خانواده و اجتماع تهدید می‌کند و همه ابعاد زندگی روزانه را تحت تأثیر قرار دهد.^(۴) بیماران مبتلا به بیماری‌های ناتوان‌کننده مزمن همچون مولتیپل اسکلروز با مشکلات وابسته به بیماریشان نیز روبه‌رو هستند و این مشکلات، شرکت بیماران در فعالیت‌های پیشرفت سلامت را محدود نموده و در نتیجه سبب افزایش عوارض ثانویه و محدودیت در زندگی مستقل گردیده که در نهایت تأثیر منفی بر کیفیت زندگی آن‌ها دارد.^(۵) از آنجایی که بیماری‌های مزمن، منجمله مولتیپل اسکلروزیس بر تمام جنبه‌های اقتصادی، مالی، اجتماعی و عاطفی فرد، خانواده و جامعه اثر می‌گذارد، فقط درمان دارویی و کنترل دوره‌های بیماری این مبتلایان کافی نمی‌باشد و پرستاران با توجه به نقش حساس در زمینه توانبخشی بیماران با ناتوانی جسمی و روانی قادرند که بیماران را در بالا بردن توانایی انجام فعالیت‌های روزمره یاری نموده و از مشکلات اجتماعی، روانی و اقتصادی آن‌ها بکاهند.^(۶) به نظر می‌رسد از آنجایی که پرستاران بیشترین زمان را با بیماران صرف می‌کنند، آن‌ها اغلب در بهترین موقعیت برای کشف

علائم غیرقابل مشاهده‌ای که یک بیمار تجربه می‌کند و نیز بررسی تأثیر این علائم بر عملکرد روزانه، روابط بین فردی و کیفیت زندگی بیماران می‌باشند.^(۷) 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 است.^(۸) عدم آگاهی افراد مبتلا به بیماری مزمن از چگونگی self care یکی از دلایل بستری شدن مجدد آن‌ها در بیمارستان است که آموزش می‌تواند از این امر جلوگیری کند.^(۹) الگوی مراقبت از خود زیربنای کار بالینی در مراقبت پرستاری است که توسط Dorothea Elizabet Orem بر اساس اصول مراقبت از خود پایه ریزی شده است. دیدگاه اورم در پرستاری بر اندیشه مراقبت از خود استوار می‌باشد. او پرستاری را عبارت از کمک کردن به افراد در زمانی که قادر به رفع نیازهای مراقبت از خود نیستند، می‌داند. تئوری مراقبت از خود بیانگر این عقیده است که انسان فردی است که به درجاتی بر روی عمل خود اندیشه می‌کند و این تنها عقیده‌ای است که با باور مراقبت از خود تطابق دارد. مراقبت از خود توسط اورم به عنوان فعالیت‌هایی که افراد به طور شخصی به منظور حفظ، بازگرداندن یا ارتقای سلامت خود بر روی خود انجام می‌دهند، تعریف شده است. اورم می‌گوید: بیمار موجودی غیر فعال و صرفاً دریافت کننده خدمات بهداشتی درمانی نیست بلکه موجودی قوی، قابل اعتماد، دارای توانمندی بالقوه و دارای مسئولیت و قدرت تصمیم‌گیری است که می‌تواند مراقبت و تامین سلامتی خود را به عهده گرفته و آن را به خوبی انجام دهد. به علاوه نقش پرستار در این سیستم متکی بر نیازهای مراقبت از خود و توانایی بیمار می‌باشد.^(۱۰) اورم معتقد است که مراقبت از خود عبارت از فعالیت‌هایی است که افراد در جهت حفظ حیات، سلامتی و رفاه خود انجام می‌دهند و ارایه دهندگان مراقبت از

خود را به عنوان Self-Care Agency می‌نامد. بر اساس وضعیت و نیازهای بیماران در هنگام انحراف از سلامتی و نقش پرستار، سه نوع سیستم مراقبتی طراحی شده است: سیستم جبرانی کامل، سیستم جبرانی نسبی، سیستم حمایتی-آموزشی. در سیستم حمایتی-آموزشی وقتی که بیمار آمادگی انجام و یادگیری کاری را داشته باشد، ولی بدون کمک و راهنمایی نتواند آن را انجام بدهد، این روش به کار می‌رود. در این سیستم نقش پرستار بیشتر حالت مشاوره می‌باشد. آموزش برنامه خود مراقبتی مبتنی بر الگوی اورم در این پژوهش در بیماران مولتیپل اسکلوزیس، بر اساس سیستم پرستاری حمایتی-آموزشی می‌باشد.^(۱۰)

محققان زیادی در تلاش برای مطالعه، ارزیابی و توسعه مداخلاتی برای کنترل مشکلات این بیماران هستند، به طوری که اقدامات پژوهشی متعددی در این زمینه انجام و یا در حال انجام است. نتایج حاصل از این تحقیقات حاکی از آن است بین روش‌هایی نظیر حفظ انرژی، ورزش، تعاملات رفتاری و مداخلات روانشناسی و علائم بیماری مولتیپل اسکلوزیس ارتباط متقابلی وجود دارد.^(۱۱،۱۲،۱۳،۱۴،۱۵) اما نکته‌ای که در این تحقیقات از آن غفلت شده خود بیمار و خانواده وی می‌باشد. با توجه به این که ضرورت شناسایی و اتخاذ تدابیری در زمینه کنترل مشکلات ناتوان کننده این بیماران و ارتقای کیفیت زندگی آنان از سوی تیم درمان به شدت احساس می‌شود و درمان‌های دارویی هم تأثیر آنچنانی بر کیفیت زندگی این بیماران ندارند^(۱۶)، برانگیختن توان خود مراقبتی این بیماران و برنامه‌ریزی بر اساس این توان بالقوه از اهمیت خاصی برخوردار است. تحقیقات انجام شده در زمینه خود مراقبتی در این بیماران اندک و تنها به بررسی کمیت و کیفیت رفتارهای خود مراقبتی آنان پرداخته شده است، در حالی که به توانایی خود مراقبتی این بیماران کمتر پرداخته شده است.^(۱۷) با توجه به این مسأله و با در نظر گرفتن موارد فوق نیاز به بررسی و

تحقیق در مورد طراحی و انتخاب جدیدترین و در عین حال موثرترین برنامه خودمراقبتی بر اساس نیاز این بیماران جهت کنترل مشکلات و بهبود کیفیت زندگی بیماران مولتیپل اسکلوزیس احساس می‌شود؛ در ایران در زمینه بررسی تأثیر برنامه خود مراقبتی بر ابعاد روحی کیفیت زندگی مبتلایان به مولتیپل اسکلوزیس تحقیقی صورت نگرفته است؛ از این رو برنامه خودمراقبتی مبتنی بر الگوی اورم و بر اساس نیازهای این بیماران با هدف تعیین تأثیر این برنامه بر ابعاد روحی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلوزیس انجام شده است.

روش بررسی

مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش برنامه خود مراقبتی مبتنی بر الگوی اورم بر ابعاد روحی کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله بر روی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلوزیس عضو انجمن ام‌اس ایران در سال ۱۳۸۵ انجام شده است. حجم نمونه با اعتماد ۹۵ درصد و خطای ۵ درصد طبق فرمول Pocock^(۱۸) و بر اساس نتایج حاصل از مطالعه Benedict و همکارانش که در سال ۲۰۰۵ و با هدف پیشگویی کیفیت زندگی بیماران مولتیپل اسکلوزیس با احتساب مشکلات جسمی، خستگی، شناخت، اختلالات خلقی، شخصیتی و تغییرات رفتاری در آمریکا انجام شد،^(۸) نحوه نمونه‌گیری به صورت تخصیص تصادفی (Random allocation) صورت پذیرفت. با توجه به این که بیماران بستری نبودند و به درمانگاه به طور منظم مراجعه می‌کردند، نمونه‌گیری را طی یک ماه تا رسیدن به تعداد نمونه کافی ادامه دادیم، به طوری که تخصیص تصادفی رعایت شود. بدین صورت که ۷۰ شماره طبق جدول اعداد تصادفی با توجه به تعداد نمونه‌ها تهیه گردید، شماره‌ها پس از مراجعه بیماران واجدالشرایط به انجمن و به ترتیب مراجعه به هر بیمار یک شماره تعلق می‌گرفت که با توجه به قرارگیری

تصادفی شماره‌ها یک بیمار در گروه شاهد و بیمار بعدی در گروه آزمون قرار می‌گرفت، نهایتاً بیماران در گروه‌های تعیین شده قرار گرفتند. معیارهای حذف نمونه در این پژوهش شامل داشتن سابقه بیماری دیگر نظیر اختلالات روانی در برگیرنده افسردگی اساسی (با توجه به پرونده بیمار و نظر پزشک معالج) یا اختلال دو قطبی (البته اختلالات شناختی که مشخصه بیماری MS بود لحاظ نخواهد شد)، سابقه اعتیاد به مواد، سایر اختلالات نورولوژیکی، داشتن سابقه مصرف کورتون و یا عود بیماری در طول ۶ هفته گذشته بود.

متغیر مستقل در پژوهش حاضر، برنامه خود مراقبتی مبتنی بر الگوی اورم بود. منظور از برنامه خود مراقبتی در این پژوهش، برنامه‌ای در قالب مدل مفهومی اورم و براساس نیازهای آموزشی بیماران مولتیپل اسکلروزیس شرکت کننده در برنامه بود که از طریق تکمیل فرم نیازسنجی اورم بدست آمده بود. با توجه به این که این برنامه بر اساس سیستم پرستاری آموزشی - حمایتی اورم طراحی و اجرا گردیده، پژوهشگر با درگیر کردن مراقبت کننده بیمار (خانواده) و مشارکت آنان به وسیله حضور در کلاس‌ها و ارائه جزوه آموزشی هر جلسه به مراقبت کننده، آن‌ها را در جهت اجرای بهتر و موثرتر برنامه آموزشی برای مددجوی خود مورد ترغیب و حمایت قرار می‌داد. این برنامه خود مراقبتی در قالب هشت جلسه ۴۵ دقیقه‌ای و در محل انجمن مولتیپل اسکلروزیس ایران و توسط خود پژوهشگر انجام گرفت که شامل مجموعه‌ای از اطلاعات، رفتارها و عملکردهایی بود که بر اساس نیازهای بیماران مولتیپل اسکلروزیس و برای کاهش و پیشگیری از عوارض بیماری در زمینه‌های بی‌اختیاری دفع ادرار (نظیر آموزش پرورش مثانه، ورزش عضلات کف لگن، تربیت عادت‌های زمان دفع، روش کرد ومانور والسالوا) بی‌اختیاری دفع مدفوع (تنظیم وقت دفع، آموزش رژیم غذایی، آموزش تنظیم مصرف مایعات) بیوست (آموزش جهت برنامه‌ریزی ورزش و تحرک، تنظیم زمان دفع،

آموزش ماساژ عضلات کف لگن و آموزش رژیم غذایی)، خستگی (آموزش برنامه ورزشی، آموزش اولویت‌بندی کارها، آموزش روش‌های حفظ انرژی و طراحی محیط) اختلالات بینایی (آموزش نحوه استفاده از رنگ‌ها و ...)، ضعف عضلات، گرفتگی عضلات، عدم تعادل (تمرینات آرام‌سازی و هماهنگی، آموزش نحوه استفاده از وسایل کمکی و ...) و مشکلات شناختی و عاطفی به بیماران آموزش داده شد و مورد اجرا قرار گرفت. برای پیگیری اجرای برنامه در طول سه ماه، چک‌لیست‌های خود گزارش‌دهی برای سه ماه اجرای برنامه به صورت روزانه تهیه شده بود تا بیماران گروه آزمون پس از اجرای روزانه برنامه آموزش داده شده آن‌ها را تکمیل نمایند؛ که پس از سه ماه جمع‌آوری و مورد ارزیابی قرار گرفت. ضمن این که پژوهشگر در طول این سه ماه روزهای یکشنبه هر هفته در محل انجمن جهت رفع مشکلات احتمالی نمونه‌ها حضور می‌یافت و اجرای برنامه را از طریق تماس تلفنی پیگیری می‌کرد.

پس از انتخاب نمونه‌ها، ماهیت و نحوه اجرای برنامه برای بیماران توضیح داده شد و جنبه اختیاری بودن شرکت آنان در این برنامه خاطر نشان گردید. ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش عبارت بود از: پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، مقیاس استاندارد سنجش ابعاد روحی کیفیت زندگی بیماران مولتیپل اسکلروزیس Multiple sclerosis mental quality of life (MSMQOL) که شامل ۱۸ سوال با امتیازبندی به صورت لیکرت ۵ گزینه‌ای در قالب ۵ بعد روحی کیفیت زندگی که شامل: محدودیت در ایفای نقش در ارتباط با مشکلات عاطفی، رفاه عاطفی، عملکرد شناختی، نقصان در سلامت و کیفیت زندگی کلی با مجموع امتیازات ۱۰۰ بود. این مقیاس توسط

بارباراویکری (Bar Bare Wickery) در دانشگاه کالیفرنیا در سال ۱۹۹۵ ویژه بیماران مولتیپل اسکلروزیس طراحی گردید. اعتبار (Contact and concurrent validity) و Internal consistency reliability ابزار در مطالعات مختلف خارج از کشور مورد تأیید قرار گرفته است. (۱۹،۱۰،۱۵،۱۴،۷) در پژوهش حاضر ابزار فوق پس از ترجمه، از نظر روایی (اعتبار) علمی توسط اساتید دانشگاه تربیت مدرس و دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران، ایران و شهید بهشتی مورد تأیید قرار گرفت. جهت سنجش پایایی (اعتماد) علمی مقیاس کیفیت زندگی از روش دو نیمه کردن (split half) استفاده شد. ضریب همبستگی پیرسون برای دو نیمه ابزار برآورد و پایایی ابزار با ضریب همبستگی ۰/۸۶ مورد تأیید قرار گرفت. چک‌لیست‌های خود گزارش‌دهی که برای سه ماه اجرای برنامه تهیه شده بود. این چک‌لیست‌ها برای هر روز و به مدت سه ماه تدارک و آماده شده بود که بیماران گروه آزمون آن را تکمیل نمودند. پرسشنامه اطلاعات دموگرافیکی و سنجش کیفیت زندگی توسط هر دو گروه تکمیل شد. برنامه آموزشی خودمراقبتی مبتنی بر الگوی اورم مذکور در قالب ۸ جلسه آموزشی ۴۵ دقیقه‌ای برای بیماران گروه آزمون اجرا گردید. در پایان هر جلسه جزوه آموزشی مربوط به آن جلسه در اختیار نمونه‌ها قرار می‌گرفت و چک‌لیست‌های خود گزارش‌دهی جهت حمایت و پیگیری اجرای برنامه برای سه ماه تحویل نمونه‌های گروه آزمون می‌گردید. در طول این سه ماه پژوهشگر با حضور در انجمن، هم به صورت حضوری و

هم به صورت تلفنی بر نحوه اجرای برنامه در گروه آزمون نظارت می‌کرد و به سوالات و اشکالات آنان در طول اجرای برنامه پاسخ می‌داد و مددجویان را جهت اجرای بهتر برنامه حمایت می‌نمود. در گروه شاهد طی مدت پژوهش مداخله‌ای صورت نگرفت و تنها از مقیاس ابعاد روحی کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله جهت سنجش ابعاد روحی کیفیت زندگی استفاده شد. پس از سه ماه اجرای برنامه و جمع‌آوری چک‌لیست‌های خودگزارش‌دهی، پرسشنامه ابعاد روحی کیفیت زندگی مجدداً در اختیار گروه آزمون و شاهد قرار گرفت و تکمیل گردید. اطلاعات بدست آمده قبل و بعد از اجرای برنامه در گروه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

اطلاعات مربوط به بعضی از مشخصات دموگرافیک و متغیرهای مداخله‌گر در جدول ۱ نشان داده شده است. از آنجایی که متغیرها در ابعاد روحی کیفیت زندگی و تأثیرگذاری مداخلات مراقبتی را تحت تأثیر قرار می‌دهند توزیع آن‌ها در دو گروه با آزمون‌های آماری کای اسکوتر و تی بررسی گردید که نتایج حاکی از آن است که دو گروه از نظر توزیع متغیرهایی نظیر سن، جنس، تأهل، دفعات عود، شغل، تحصیلات، مدت زمان ابتلا و دفعات بستری تفاوت معنی‌داری ندارد. میانگین امتیاز ابعاد روحی کیفیت زندگی در ابعاد مختلف قبل و بعد از مداخله در قالب جدول ۲ ارائه گردیده است.

جدول شماره ۱ - مشخصات دموگرافیک بیماران در دو گروه شاهد و آزمون

متغیر	شاهد	آزمون	کای دو
سن	۲۰-۳۰	۲۰-۳۰	$X^2 = 0.86$ df = ۱
جنس	مرد	مرد	$X^2 = 0.62$ df = ۱
تاهل	متاهل	متاهل	$X^2 = 1.00$ df = ۱

ادامه جدول شماره ۱ - مشخصات دموگرافیک بیماران در دو گروه شاهد و آزمون

متغیر	شاهد	آزمون	کای دو
دفعات عود	بدون عود	بدون عود	۴۲/۹
	یکبار	یکبار	۲۲/۹
	دوبار	دوبار	۱۴/۲
	دوبار	سه بار	۱۱/۴
شغل	کارگر	کارگر	۵/۷
	کارمند	کارمند	۲۰
	محصل	محصل	۱۱/۴
	خانه‌دار	خانه‌دار	۳۴/۳
	سایر مشاغل	سایر مشاغل	۱۱/۴
	از کار افتاده	از کار افتاده	۱۷/۱
تحصیلات	ابتدایی	ابتدایی	۵/۷
	راهنمایی	راهنمایی	۰
	دیپلم	دیپلم	۷۱/۴
	فوق دیپلم و بالاتر	فوق دیپلم و بالاتر	۲۲/۹
مدت زمان ابتلا	۱ - ۵	۱ - ۵	۴۳
	۶ - ۱۰	۶ - ۱۰	۴۰
	۱۱ - ۲۰	۱۱ - ۲۰	۱۷
دفعات بستری	بدون بستری	بدون بستری	۵۱/۴۳
	یک بار	یک بار	۲۸/۵۷
	دوبار	دوبار	۱۱/۴۳
	سه بار	سه بار	۸/۵۷

جدول شماره ۲ - تفاوت امتیاز میانگین ابعاد روحی کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله در گروه شاهد و آزمون و مقایسه آن بین دو گروه

بعد	گروه	قبل از مداخله	بعد از مداخله	T زوجی	P	تفاوت میانگین قبل و بعد	T مستقل	P
محدودیت در ایفای نقش مرتبط بامشکلات عاطفی	شاهد	۹/۵۲ ± ۱/۰۲۵	۱۵/۲۳ ± ۳/۵۵	-۰/۷۵	۰/۴۵	۰/۹۵ ± ۹/۸۵	۱۱/۷۸	۰/۰۰۱
	آزمون	۱۵/۲۳ ± ۵/۳۵	۸۸/۵۷ ± ۷/۱۹	۱۲/۰۶	۰/۰۰۱	۷۳/۳۳ ± ۹/۵۳		
رفاه عاطفی	شاهد	۶۷/۷۷ ± ۷/۶۳	۶۱/۴۸ ± ۸/۱۵	۱/۷۳	۰/۰۹	۵/۷۱ ± ۱/۰۱	۷/۸۶	۰/۰۰۱
	آزمون	۶۱/۴۸ ± ۸/۱۵	۷۵/۲۰ ± ۱۱/۲۶	۷/۲۷	۰/۰۰۱	۱۸/۰۵ ± ۶/۴۹		
عملکرد شناختی	شاهد	۳۴/۵۷ ± ۳/۲۴	۴۴/۷۱ ± ۶/۰۲	-۱/۸۱	۰/۰۷	۱/۰۰ ± ۰/۷۵	۴/۹۵	۰/۰۰۱
	آزمون	۴۴/۷۰ ± ۶/۲۲	۶۹/۷۱ ± ۸/۱۶	۵/۵۳	۰/۰۰۱	۱۹/۸۵ ± ۲/۱۲		
نقصان در سلامت	شاهد	۶۰/۸۵ ± ۷/۱۷	۶۳/۸۵ ± ۹/۱۹	-۰/۵۶	۰/۵۷	۰/۰۰ ± ۰/۰۵	۳/۶۲	۰/۰۰۱
	آزمون	۶۳/۸۵ ± ۹/۱۹	۷۲/۸۵ ± ۱۱/۷۷	۳/۸۵	۰/۰۰۱	۹/۰۰ ± ۳/۱۵		
کیفیت زندگی	شاهد	۴۳/۳۲ ± ۶/۱۱	۴۶/۴۷ ± ۸/۱۵	-۰/۹۵	۰/۳۴	۳/۷۷ ± ۰/۵۳	۱۵/۱۵	۰/۰۰۱
	آزمون	۴۶/۴۷ ± ۸/۱۵	۷۵/۲۴ ± ۱۰/۰۷	۱۴/۷۹	۰/۰۰۱	۲۸/۷۶ ± ۵/۱۱		
ابعاد روحی کیفیت زندگی	شاهد	۴۶/۵۰ ± ۱۱/۲۹	۴۷/۱۳ ± ۱۸/۲۰	-۰/۱۷	۰/۸۶	۳/۰۱ ± ۰/۰۵	۱۲/۴۷	۰/۰۰۱
	آزمون	۴۷/۱۳ ± ۸/۱۲	۷۸/۰۷ ± ۹/۵۵	۱۲/۱۰	۰/۰۰۱	۳۰/۹۴ ± ۵/۱۱		

بحث و نتیجه گیری

در ارتباط با تأثیر برنامه خودمراقبتی مبتنی بر الگوی اورم بر ابعاد روحی کیفیت زندگی بیماران مولتیپل اسکلروزیس در پژوهش حاضر، تأثیر این برنامه بر تمام ابعاد ۵ گانه در گروه آزمون در جهت مثبت معنی دار بوده است ($P=0/001$). تأثیر این برنامه در ابعاد محدودیت در ایفای نقش در ارتباط با مشکلات عاطفی کاملاً محسوس و تأمل برانگیز بوده است ($P=0/001$). در ابعاد دیگر نظیر خود کیفیت زندگی نیز تأثیر این برنامه در جهت مثبت و قابل توجه بوده است ($P=0/001$). در سایر ابعاد نیز این برنامه تأثیر مثبت و موثری داشته است. با توجه به این تغییرات و توجه به این نکته که مراقبت از خود توسط خود بیمار مولتیپل اسکلروزیس می‌تواند توانایی‌های واپس زده شده و فراموش شده را تحریک کرده و از آن‌ها در جهت رفع ناتوانی‌ها استفاده نماید، اجرای برنامه خود مراقبتی می‌تواند انگیزه و اعتماد بنفس را در این مددجویان تقویت نماید به طوری که آن‌ها با قبول مسئولیت مراقبت از خود نارسایی‌ها و ناتوانی‌های حاصله از بیماری را بهبود بخشند و از توان خودمراقبتی در جهت رفع این مشکلات استفاده نمایند.^(۲۰)

نتایج حاصل از پژوهش حاضر در ارتباط با میانگین امتیاز ابعاد روحی کیفیت زندگی در بعد محدودیت در ایفای نقش در ارتباط با مشکلات عاطفی در گروه آزمون قبل و بعد از مداخله با $P=0/001$ در جهت مثبت معنی دار بوده است. از نظر تفاضل میانگین نیز در این بعد آزمون آماری تی مستقل با $P=0/001$ و $df=69$ اختلاف معنی داری را نشان داد. نتایج مطالعات Sutherland و همکاران، Ohara luise، Patti و همکاران و Zalweski یافته‌های پژوهش حاضر را مورد تأیید قرار می‌دهد. Sutherland و همکاران در پژوهشی تحت عنوان «کیفیت زندگی وابسته به سلامت در بیماران ام‌اس؛ نمونه‌ای از آموزش یادگرفته شده به صورت خودبخود و با

مداخلات آرامسازی» در استرالیا نشان دادند که اجرای این برنامه بر کیفیت زندگی بیماران ام‌اس در بعد محدودیت در ایفای نقش در ارتباط با مشکلات عاطفی تأثیر معنی‌داری داشته است ($P=0/005$). وی نیز تأثیر درمان‌های غیر دارویی بر بیماری مزمن مولتیپل اسکلروزیس مورد تأیید قرار داده است.^(۲۱) Ohara luise تحت عنوان «ارزیابی تأثیر برنامه راهگشای ارتقاء مراقبت از خود در بیماران ام‌اس» در انگلستان نشان دادند که اجرای این برنامه باعث ارتقای ایفای نقش بیماران و افزایش میانگین امتیاز بیماران از نظر مهم بودن و ارزشمند بودن در مقایسه با گروه شاهد می‌گردد ($P=0/005$). او بیماران مولتیپل اسکلروزیس را به برنامه‌های خودمراقبتی تشویق نموده و معتقد بوده که اجرای این برنامه‌ها کیفیت ایفای نقش را در این بیماران ارتقا می‌دهد^(۲۲)، مشابه آنچه که در پژوهش حاضر بدست آمده است. Patti و همکاران در پژوهش خویش نشان دادند که اجرای برنامه ۶ روزه به مدت ۶ هفته باعث بهبود محدودیت در ایفای نقش مرتبط با مشکلات جسمی بیماران مولتیپل اسکلروزیس می‌گردد ($P<0/001$)، وی معتقد بوده که مشکلات جسمی با تأثیر بر مشکلات روحی منجر به افت کیفیت زندگی می‌گردد، لذا هر برنامه‌ای که منجر به بهبود کیفیت جسمی بیمار مولتیپل اسکلروزیس گردد، بطور مستقیم کیفیت روحی زندگی وی را نیز متأثر خواهد ساخت^(۲۳)، یافته‌های مطالعه حاضر نیز نتایج پژوهش مذکور را تأیید می‌کند. Zalweski نیز در پژوهش خویش معتقد است که برنامه هشت هفته‌ای ورزش منجر به بهبودی ۱۰۰ درصدی میانگین امتیاز کیفیت زندگی بیماران ام‌اس در بعد محدودیت در ایفای نقش در ارتباط با مشکلات عاطفی گردیده است،^(۲۴) با توجه به یافته‌های مطالعات مذکور و نتایج حاصل از پژوهش حاضر مداخلات در قالب برنامه‌های خود مراقبتی و ورزشی بیماران را در اصول خود مراقبتی مدنظر

اورم توانمند کرده و راه‌های مقابله با چنین بیماری مزمنی را ساده تر می کند.

نتایج مطالعات Rampello و همکارانش، Laura Simone و Ennis و همکارانش با یافته‌های پژوهش حاضر مغایرت دارد. Rampello و همکاران در پژوهشی تحت عنوان «تأثیر ورزش های هوازی بر توانایی حرکت و تحمل بهینه ورزش در بیماران ام‌اس» در ایتالیا نشان دادند که تأثیر این برنامه بر کیفیت زندگی بیماران ام‌اس در بعد محدودیت در ایفای نقش در ارتباط با عملکرد عاطفی معنادار نبوده است.^(۲۵) Laura Simone و همکاران در پژوهشی تحت عنوان «تأثیر درمان با ایتترفرون بتا بر کیفیت زندگی بیماران ام‌اس» در ایتالیا نشان دادند که درمان با داروی ایتترفرون را بر محدودیت ایفای نقش مرتبط با مشکلات عاطفی بی تأثیر دانستند،^(۲۶) آنچه که ملموس بوده و اکثر بیماران مولتیپل اسکلروزیس با آن گریبانگیر هستند عدم تأثیر دارو بر کیفیت زندگی آنان بوده و تنها به خاموشی موقت بیماری کمک می کند؛ طبیعتاً اجرای برنامه های خود مراقبتی که برگرفته از نیازهای این بیماران و با تکیه بر اصول خود مراقبتی باشد، نتایج مثبت و بهتری بر جایی خواهد گذاشت، ضمن این که چنین برنامه هایی ایمن، ارزان و راحت بوده و زمینه پذیرندگی بیمار نیز بهتر می باشد. Ennis و همکارانش در پژوهش خویش تحت عنوان «بررسی تصادفی برنامه آموزشی کنترل شده ارتقاء سلامت برای بیماران ام‌اس» نشان دادند که اجرای برنامه آن ها تأثیری بر بهبود محدودیت در ایفای نقش مرتبط با مشکلات عاطفی بیماران مولتیپل اسکلروزیس ندارد،^(۲۷) نتایج این پژوهش نشان داد که اگر برنامه ای بدون در نظر گرفتن نیازهای آموزشی بیماران مولتیپل اسکلروزیس تدوین و اجرا گردد، طبیعتاً نتایج مثبتی بر جا نخواهد گذاشت؛ لذا برنامه به کار گرفته شده در پژوهش حاضر بر اساس نیازسنجی و با توجه به نیازهای آموزشی این بیماران تدوین گردید که نتایج مثبتی را بر جا گذاشت.

نتایج حاصل از پژوهش حاضر در ارتباط با میانگین امتیاز ابعاد روحی کیفیت زندگی در بعد رفاه عاطفی در گروه آزمون قبل و بعد از مداخله با $P=0/001$ در جهت مثبت معنی دار بوده است. از نظر تفاضل میانگین نیز در این بعد آزمون آماری تی مستقل با $P=0/004$ و $df=69$ اختلاف معنی داری را نشان داد. نتایج مطالعات Rampello و همکارانش با $P=0/02$ ، Laura Simone، Zalweski و Petajan با $P=0/014$ و همکاران و Caro De با $P=0/014$ در بعد رفاه عاطفی یافته‌های پژوهش حاضر را مورد تأیید قرار می دهد. Petajan و همکاران در پژوهشی تحت عنوان «تأثیر ورزش های هوازی بر تناسب اندام و کیفیت زندگی بیماران ام‌اس» در ایالات متحده نشان داد که اجرای این برنامه ۱۵ هفته‌ای در قالب هر هفته سه جلسه ۴۰ دقیقه‌ای باعث بهبود در بعد رفاه عاطفی بیماران می‌گردد،^(۲۸) طبیعتاً برنامه هایی که در برگیرنده مسائل روحی و روانی باشند بازدهی مناسبی در این گونه بیماران که روح و روان بیماران را تحت تأثیر قرار می دهد، برجای خواهد گذاشت. در برنامه طراحی شده مورد استفاده در این پژوهش نیازهای روحی و روانی مددجویان مدنظر قرار گرفت و نتیجه مثبتی بر جای گذاشت.

نتایج مطالعات Sutherland و همکاران با $P=0/26$ در بعد رفاه عاطفی نشان داد که یافته‌های آن‌ها با نتایج پژوهش حاضر مغایرت دارد. نتایج حاصل از پژوهش حاضر در ارتباط با میانگین امتیاز ابعاد روحی کیفیت زندگی در بعد عملکرد شناختی در گروه آزمون قبل و بعد از مداخله با $P=0/001$ در جهت مثبت معنی دار بوده است. از نظر تفاضل میانگین نیز در این بعد آزمون آماری تی مستقل با $P=0/001$ و $df=69$ اختلاف معنی داری را نشان داد.

نتایج مطالعه Laura Simone با $P=0/06$ در بعد عملکرد شناختی یافته‌های پژوهش حاضر را مورد تأیید قرار می دهد. نتایج مطالعات Rampello و همکارانش با $P=0/69$

نتایج مطالعات Rampello و همکارانش با $P=0/65$ ، Beatus و همکارانش با $P=0/35$ ، Caro De با $P=0/06$ (۳۳) در جهت کاهش و Beatus و همکارانش تحت عنوان تأثیر یک هفته‌ای خلوت‌گزینی بر کیفیت زندگی و عزت نفس و توانایی عملکرد بیماران ام‌اس با $P=0/21$ در بعد ترکیب سلامت روحی نشان داد که یافته‌های آن‌ها با نتایج پژوهش حاضر مغایرت دارد،^(۲۹) به نظر می‌رسد برنامه‌های این چنینی باید در مدت زمانی طولانی‌تر مورد سنجش قرار داد. با توجه به مزمن بودن ماهیت بیماری و مشکلات شایع روحی و روانی این مددجویان، اجرای برنامه‌ها باید متناسب با روحیات آنان باشد. برنامه‌ای نظیر خلوت‌گزینی این بیماران را به انزوای بیشتر فرو برده و عزت نفس آن‌ها را به طور مستقیم و کیفیت زندگی آنان را به طور غیر مستقیم تحت تأثیر قرار خواهد داد.

با توجه به یافته‌های حاصل از این پژوهش و تغییر کیفیت زندگی گروه آزمون قبل از مداخله ($47/13 \pm 8/12$) به $(78/07 \pm 9/55)$ بعد از مداخله که با $T=12/10$ و $P=0/001$ معنی دار بوده است فرضیه پژوهش مورد تأیید قرار می‌گیرد. به طوری که اجرای برنامه خود مراقبتی با تکیه بر الگوی خود مراقبتی اورم بر ابعاد روحی کیفیت زندگی بیماران مولتیپل اسکلروزیس تأثیر مثبت داشته است. مشکلات جسمی و مشکلات شناختی شایع‌ترین مشکلات بیماری مولتیپل اسکلروزیس بوده و بیشترین تأثیر را بر روی ابعاد روحی کیفیت زندگی این بیماران می‌گذارند، به طوری که انجام فعالیت‌های روزانه آنان را به مخاطره می‌اندازند.^(۱۸) با توجه به این که برنامه خود مراقبتی یک روش غیر دارویی، غیرتهاجمی و کم‌هزینه در کنترل مشکلات جسمی و روانشناختی بوده و براحتی قابل آموزش به بیمار و خانواده‌اش از طریق پرسنل درمانی از جمله پرستاران می‌باشد، به طوری که یکی از مسئولیت‌های پرستاران مغز و اعصاب در کنترل

Sutherland و همکاران با $P=0/9$ در بعد عملکرد شناختی نشان داد که یافته‌های آن‌ها با نتایج پژوهش حاضر مغایرت دارد. نتایج حاصل از پژوهش حاضر در ارتباط با میانگین امتیاز ابعاد روحی کیفیت زندگی در بعد نقصان در سلامت در گروه آزمون قبل و بعد از مداخله با $P=0/001$ در جهت مثبت معنی دار بوده است. از نظر تفاضل میانگین نیز در این بعد آزمون آماری تی مستقل با $P=0/002$ و $df=69$ اختلاف معنی‌داری را نشان داد. نتایج مطالعات Rampello و همکارانش با $P=0/96$ و Laura Simone با $P=0/36$ در بعد نقصان در سلامت نشان داد که یافته‌های آن‌ها با نتایج پژوهش حاضر مغایرت دارد. نتایج حاصل از پژوهش حاضر در ارتباط با میانگین امتیاز کیفیت زندگی در گروه آزمون قبل و بعد از مداخله با $P=0/001$ در جهت مثبت معنی دار بوده است. از نظر تفاضل میانگین نیز در این بعد آزمون آماری تی مستقل با $P=0/001$ و $df=69$ اختلاف معنی‌داری را نشان داد. نتایج مطالعات Rampello و همکارانش با $P=1/00$ و Laura Simone با $P=0/17$ در بعد کیفیت زندگی نشان داد که یافته‌های آن‌ها با نتایج پژوهش حاضر مغایرت دارد. نتایج حاصل از پژوهش حاضر در ارتباط با میانگین امتیاز کیفیت زندگی در بعد ترکیب سلامت روحی در گروه آزمون قبل و بعد از مداخله با $P=0/001$ در جهت مثبت معنی دار بوده است. از نظر تفاضل میانگین نیز در این بعد آزمون آماری تی مستقل با $P=0/001$ و $df=69$ اختلاف معنی‌داری را نشان داد. نتایج مطالعات Ennis و همکارانش با $P < 0/03$ ، Laura Simone با $P=0/06$ ، Ohara luise با $P=0/04$ و Patti و همکاران با $P < 0/05$ و Rice و همکاران در مطالعه خویش که نشان دادند درمان با ایتترفرون باعث ایجاد تغییرات معنی‌داری در بعد ترکیب سلامت روحی می‌گردد، با $P=0/007$ در بعد ترکیب سلامت روحی^(۱۹) یافته‌های پژوهش حاضر را مورد تأیید قرار می‌دهند.

تقدیر و تشکر

از کلیه بیمارانی که علیرغم مشکلات موجود و ناتوانی‌های خاص این بیماری، صادقانه همکاری لازم را در طول این پژوهش داشتند و از همکاری صمیمانه اساتید محترم گروه آموزش پرستاری دانشکده پزشکی و معاونت محترم پژوهشی دانشگاه تربیت مدرس و پرسنل محترم انجمن مولتیپل اسکلروزیس ایران تشکر و قدردانی می‌شود.

این مشکلات که تأثیر گذارترین عوامل بر ابعاد روحی کیفیت زندگی هستند، انتقال اطلاعات موجود در زمینه خود مراقبتی مبتنی بر نیازهای آنان مبتنی بر الگوی اورم از طریق آموزش و پیگیری و حمایت جهت اجرای این برنامه‌ها است؛ و با عنایت به نتایج حاصل از این پژوهش پرستاران می‌توانند از برنامه خودمراقبتی مبتنی بر الگوی اورم جهت کنترل مشکلات جسمی و روانشناختی در مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس استفاده نمایند.

فهرست منابع

- 1- Murray J T. Multiple sclerosis the history of disease. New York, 12th ed, Demos medical publishing; 2005.P.14.
- 2- Mandysova P. Knowing the course of multiple sclerosis. *J neuroscience nurs*; 1998: 28(10): HN12-HN16.
- 3- Amconell E. Myths & facts, *J Nurse Edu*; 1999: 29(8): 6-25.
- 4- Brunner L S and Suddarth D S. Text book of medical - surgical nursing. 8th ed. Philadelphia, J.B. Lippincott co; 1996. P.234
- 5- Morgante L. Hope in multiple sclerosis, a nursing perspective. *Int J ms care*; 2000: 2 (2): 3-7.
- 6- Poser CM. The diagnosis and management of multiple sclerosis; *J Acta Neural Scand*; 2005. 112 (3): 199- 201.
- 7- Turpin L V K. Factors associated with health- related quality of life of persons with relapsing- remitting multiple sclerosis. *J public health sci*, Department of medical science- public health sciences, Edmonton, Canada; 2004: 34(5): 2-11.
- 8- Benedict R H B, Wahling E, Munschauer F, Zivadinov R, Bakshi R, Fishman I, and et al. Predicting quality of life in multiple sclerosis: for physical disability, fatigue, cognition, mood disorder, personality, and behavior change. *J Neurosurg Sci*; 2005: 23(1): 29 – 34.
- 9- Mullis RL and Chapman P. Age, gender and self esteem differences in adolescent coping styles. *J socio psychol*; 2000: 140 (4): 539-541.
- 10- McLaughlin J, Zee B I. Self care and multiple sclerosis: a view from two cultures. *J soc sci med*; 2002: 37(3): 315-329
- 11- Stimpson RL. Developing IT relief for chronic illness. *J nurs manag*; 2000: 31 (2): 10-14.
- 12- Mostert S, Kesslerling J. Effects of a short-term exercise training program on aerobic fitness, fatigue, health perception and activity level of subjects with Multiple Sclerosis; *J Mult Scler*; 2002: 8 (2): 161 – 168.
- 13- Mathiowetz V, Matuska k M, Murphy M E. Efficacy of an energy conservation course for person with multiple sclerosis; *J Arch Phys Med Rehabil*; April 2001: 82(7): 449-456.
- 14- Merkelbach S, Sittinger H, Koenig J. Is there a differential impact of fatigue and physical disability on quality of life in multiple sclerosis? *J Nerv Ment Dis*; 2002: 190(6):233-238
- 15- Janardhan V, Bakshi R. Quality of life in patients with multiple sclerosis: the impact of fatigue and depression; *J Neurol Sci*; 2002:23(4): 51-58
- 16- Rousseaux M, Perennou D. Comfort care in severely disabled multiple sclerosis patients *J Neurol Sci*; 2004: 22(2): 39 – 48.

- 17-Zivadinov R, Zorzon M, Tommasi M A, Nasuelli D, Bernardi M, Monti-Bragadin L, et al. A longitudinal study of quality of life and side effect in patient with multiple sclerosis treated with interferon beta-1a. *J Neurol Sci*; 2003; 21(6):113-118.
- 18-Pocock S J. Clinical trial, a practical approach. Newyork, John Wiley & Sounds publishing; 1990:P.834.
- 19-Rice G P, Oger J, Duquette P, Francis G S, Bélanger M, Laplante S, et al. Treatment with Interferon beta-1b improves quality of life in multiple sclerosis. *Can J Neurol Sci*; 1999; 26(4):276-282.
- 20-Gianino JM, York MM, Paice JA, Shott S. Quality of life: effect of reduced spasticity from intrathecal baclofen. *J Neurosci Nurs*; 1998; 30(1):47-54.
- 21-Sutherland G, Andersen B M, and Morris T. Relaxation and Health-Related Quality of Life in Multiple Sclerosis: The Example of Autogenic Training. *J Behav Med*; 2005; 28 (3):249-256.
- 22-O'Hara L. Evaluation of the effectiveness of professionally guided self-care for people with multiple sclerosis living in the community: A randomized controlled trial, *J Clin Rehabil*; 2002; 2(16): 119-128.
- 23-Patti F, Ciancio R M, Reggio E, Lopes R, Palermo F, Cacopardo M, et al. The impact of outpatient rehabilitation on quality of life in multiple sclerosis. *J neurol*; 2002; 249(8):1027-1033.
- 24-Zalweski K. Exploring barriers to remaining physically active: A case report of a person with multiple sclerosis. *J neurolo Phys Ther*; 2007;31(5):40-45.
- 25-Rampello A, Franceschini M, Piepoli M, Antenucci R, Lenti G, Olivieri D, et al. Effect of Aerobic Training on Walking Capacity and Maximal Exercise Tolerance in Patients With Multiple Sclerosis: A Randomized Crossover Controlled Study. *J Phys ther*; 2007; 87(5):543-554.
- 26-Laura Simone I, Ceccarelli A, Tortorella C, Bellacosa A, Pellegrini F, Plasmati, I. Influence of Interferon beta treatment on quality of life in multiple sclerosis patients. *J Health Qual Life Outcomes*; 2006; 4(17): 96-102, 124-130.
- 27-Ennis M, Thain J, Boggild M, Baker GA and Young CA. A randomized controlled trial of a health promotion education programme for people with multiple sclerosis. *J Clin Rehabil*; 2006; 20(3): 792-783.
- 28-Petajan JH, Gappmaier E, White AT, Spencer MK, Mino L, Hicks RW. Impact of aerobic training on fitness and quality of life in multiple sclerosis. *J Ann neurol*; 1996; 39(4):432-441.
- 29-Beatus J, Neill K J, Townsend T, Robert K. The effect of a one – week retreat on self steem, quality of life and functional ability for persons with multiple sclerosis. *J neurol report*; 2002; 26(3): 154-160.

The Effect of Self-Care Program Education Based on Orem's Theory on Mental Aspect of Quality of Life in Multiple Sclerosis Patients

Reza Masoudi⁵ MSc *Iesa Mohammadi⁶ PhD Fazlollah Ahmadi⁷ PhD
Ali Hasanpour-Dehkordi⁸ MSc

Abstract

Background and Aim: Multiple sclerosis is a chronic and degenerative disease of the central nervous system, frequently occurs in young people, affecting their quality of life. The aim of the study was to examine the effect of self-care program education based on Orem's theory on mental aspect of quality of life in multiple sclerosis patients.

Material and Method: This quasi-experimental study was done on 70 multiple sclerosis patients. The experimental group was treated with 8 educational sessions about self-care based on Orem's theory and was compared with the control group.

Results: The findings showed that before intervention, the quality of life score in mental aspect was not statistically different between the two groups ($P= 0.33$), while after intervention a statistically significant difference was seen between the two groups ($P= 0.001$). Pair t test showed a statistically significant difference in experimental group between before and after self care performance ($P= 0.001$), whereas, the same test showed no statistically significant difference in control groups ($P= 0.86$).

Conclusion: Designing and utilizing a self care program based on Orem's theory could be effective on mental aspect of quality of life in multiple sclerosis patients. Therefore, if a program is designed on the basis of educational needs and with respect to training the patient and the "Orem self-care model" approach, it might be effective for enhancing the quality of life in mental aspect among multiple sclerosis patients.

Keywords: Education - Orem's self care program - Quality of life - Multiple sclerosis - patients

Received: 23 Dec, 2008

Accepted: 17 Sep, 2009

◆ This article has been excerpted from a dissertation

⁵ Senior Lecturer in Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahr-e-Kord University of Medical Sciences and Health Services, Chaharmahal Bakhteyari, Iran

⁶ Associate Professor in Nursing, Nursing Department, Medical Sciences School, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran (*Corresponding Author) Tel: 021-82883550
Email: emohamadus@yahoo.com

⁷ Associate Professor in Nursing, Nursing Department, Medical Sciences School, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

⁸ Senior Lecturer in Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahr-e-Kord University of Medical Sciences and Health Services, Chahrmahal Bakhteyari, Iran