مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی
دوره ۱۸، شماره ۳، پاییز ۸۷، صفحات ۱۹۵ تا ۱۹۹

Original Article

بررسی نیازهای آموزشی بیماران مبتلا به MS عضو انجمن MS ایران در سال ۱۳۸۶

محمد صاحب الزمانی[۱]، فرنوش رشوند[۲]

[۱] استادیار، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد پزشکی تهران
[۲] کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد پزشکی تهران

چکیده

سابقه و هدف: *با توجه به عوارض و مشکلات ناشی از بیماری مولتیپل اسکلروزیس (MS) و لزوم آموزش و مداخلات مناسب جهت افزایش کیفیت زندگی بیماران، در مطالعه حاضر نیازهای آموزشی بیماران مبتلا به MS عضو انجمن MS ایران در سال ۱۳۸۶ بررسی شد.*

روش بررسی: *در این مطالعه توصیفی، ۱۷۴ بیمار مراجعه‌کننده به انجمن MS ایران بطور تصادفی آسان انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش فرم پرسش‌نامه بود که در ۴ بخش تنظیم گردید.*

یافته‌ها: *اکثر بیماران (۲۶/۴ درصد) در گروه سنی ۳۹-۳۲ سال، (۷۱/۳ درصد) زن و (۵۹/۸ درصد) متأهل بودند و ۲۷/۷ درصد آنها سابقه ابتلا به بیماری کمتر از ۳ سال داشتند. ۳۹/۱ درصد بیماران احساس نیاز به آموزش در حد بالا داشتند، ۰/۶ درصد نیاز به آموزش در حد بالا در مورد ماهیت بیماری داشتند، ۹۴ درصد در مورد مشکلات جنسی نیاز به آموزش داشتند، ۶۱/۵ درصد در مورد روش‌های کنترل اضطراب نیاز به آموزش داشتند و ۶۱/۵ درصد در مورد مشکلات تهیه دارو نیاز به آموزش داشتند. هم‌چنین بین نیاز آموزشی در حیطه جسمی و تحصیلات (P=۰/۰۲۷)، بین نیاز آموزشی در حیطه روحی روانی و تحصیلات (P=۰/۰۰۳)، بین نیاز آموزشی در حیطه روحی روانی و پذیرش بیماری (P=۰/۰۳۵)، بین نیاز آموزشی در حیطه جسمی و دفعات بستری (P=۰/۰۰۴) و بین نیاز آموزشی در حیطه روحی روانی و دفعات بستری ارتباط معنی‌داری وجود داشت (P<۰/۰۰۱).*

نتیجه‌گیری: *این مطالعه نشان داد که برخی صفات مشخصه سبب شدت یافتن نیاز آموزشی می‌شود و بیماران در حیطه جسمی نسبت به حیطه روحی- روانی و اجتماعی- اقتصادی نیاز آموزشی بیشتری داشتند که لزوم توجه به این حیطه مشخص می‌شود.*

واژگان کلیدی: *نیاز آموزشی، MS، بیماران مبتلا به MS، انجمن MS*

مقدمه

بیماری مولتیپل اسکلروزیس (MS) یک بیماری مزمن و پیشرونده سیستم عصبی مرکزی است که باعث ایجاد 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، فراموشی، کاهش شنوایی، کرختی، تاری دید، دوبینی در فرد بیمار می‌شود. علت بیماری MS ناشناخته است. این بیماری درمان قطعی ندارد (۱). در آمریکا بیش از ۵۰۰/۰۰۰ نفر به این بیماری مبتلا می‌باشند که هر ساله ۸۰۰۰ مورد جدید به آنها اضافه می‌شود (۲).

MS سومین علت ناتوانی در آمریکاست. در ایران میزان شیوع این بیماری تقریباً ۹ در ۱۰۰/۰۰۰ نفر می‌باشد (۳). مشکلات ناشی از بیماری فرد را در توانایی مراقبت از خود محدود می‌کند و وی را دچار مشکلات جسمی می‌نماید. در تحقیقی

آدرس نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی، دکتر محمد صاحب الزمانی
(email: m_Szamani@yahoo.com)
تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۷/۲/۱۰
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۷/۵/۱۷

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-11]

که مک‌لارگ در سال ۲۰۰۵ تحت عنوان ارزیابی نیازهای اولیه بیماران MS انجام داد، به این نتیجه رسید که ۲۳ درصد به طور خفیف، ۴۱ درصد به طور متوسط و ۳۶ درصد به طور شدید ناتوان و زمین‌گیر شده بودند و نیاز به آموزش داشتند (۴). MS استقلال و توانایی را برای شرکت مؤثر در خانواده و جامعه تهدید می‌کند و مبتلایان را به سوی احساس فقدان شایستگی و اطمینان از خود سوق می‌دهد. در پی این مشکلات، بیماران دچار اختلالات روحی و روانی هستند (۵). در تحقیقی که سوترلند در سال ۲۰۰۵ با عنوان روش‌های آرام‌سازی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت MS انجام داد به این نتیجه رسید که ۴۹درصد افراد افسرده هستند که روش‌های آرام‌سازی باعث کسب انرژی بیشتر و محدودیت کمتر در فعالیت جسمی و روانی می‌شود (۶). کارایی افراد مبتلا به MS پایین است و در صورت داشتن شغل مکرراً از کار خود غیبت می‌کنند. همچنین بیمار مجبور است هزینه‌های زیادی را صرف درمان خود کند. این مسئله مشکلات زیادی را از نظر اقتصادی برای خانواده به دنبال دارد (۷). در حالی که همین عوارض با درمان مناسب و آموزش در تک‌تک زمینه‌های فوق قابل تعدیل هستند (۸). هنگامی که عوارض تعدیل شوند، فرد می‌تواند مراقبت از خود را با کیفیت بالا انجام دهد (۶). آموزش از عوامل توسعه و پیشرفت جامعه است و به فرد امکان می‌دهد تا با رفاه بیشتری در محیط طبیعی و اجتماعی خود زندگی کند. هدف از آموزش تأمین رفتار بهداشتی مطلوب است، ولی قبل از آموزش باید نیاز آموزشی تعیین شود و اگر نیاز تعیین نگردد، آموزش بیهوده خواهد بود (۹). از آنجایی که پرستاران بیشترین زمان را با این بیماران صرف می‌کنند، آنان اغلب در بهترین موقعیت برای کشف علائم غیرقابل مشاهده‌ای هستند که بیمار تجربه می‌کند. از این رو می‌توانند نیاز آموزشی بیماران را تعیین کنند (۸). مطالعات زیادی در رابطه با علایم و عوارض و شیوع بیماری انجام گرفته، ولی تاکنون پژوهشی در زمینه بررسی نیازهای آموزشی این بیماران صورت نگرفته است. این مطالعه با هدف بررسی و تعیین نیازهای آموزشی بیماران مبتلا به MS عضو انجمن MS ایران در سال ۸۶ انجام گردید تا افراد با آگاهی کامل از بیماری، علائم و عوارض آن بتوانند باعث ارتقاء کیفیت زندگی و افزایش مهارت‌های مراقبتی خود گردند.

مواد و روشها

این مطالعه توصیفی به منظور تعیین نیازهای آموزشی بیماران مبتلا به MS عضو انجمن MS ایران انجام گردید. به‌این‌منظور، ۱۷۴ بیمار به روش نمونه‌گیری تصادفی آسان از بین مراجعه‌کنندگان به انجمن MS ایران انتخاب شدند. در روزهای نمونه‌گیری به انجمن MS ایران مراجعه می‌شد و از بین مراجعه‌کنندگان کسانی که خصوصیات واحدهای مورد پژوهش را دارا بودند، انتخاب شدند. معیارهای ورود افراد شامل باسواد بودن، داشتن سن بین ۴۵-۲۰ سال، مورد تأیید بودن بیماری توسط پزشک انجمن و عضو بودن در انجمن و عدم محدودیت جنسی بود. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه خودساخته توسط پژوهشگر بود. اعتماد علمی ابزار با استفاده از روش اعتبار محتوا سنجیده شد. به این صورت که ابتدا پرسش‌نامه با توجه به محتوای چهارچوب پنداشتی، مطالعه کتب و مقالات تنظیم گردید. سپس توسط ۱۰ تن از اعضای هیأت علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران، شهید بهشتی و دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی تهران بررسی و ارزیابی قرار شد و پس از اصلاح مورد استفاده قرار گرفت. جهت تعیین اعتماد علمی از ضریب آلفای کرونباخ برای بررسی همسانی درونی پرسشنامه (۸۶ درصد) استفاده شد. همین طور برای بررسی پایایی این تکرار زمانی از ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده شد (۹۵ درصد) و از ضریب پایایی کاپا برای متغیرهای دوحالته صفر و یک استفاده شد (۰/۶۸). پرسش‌نامه شامل ۴ قسمت بود. قسمت اول شامل اطلاعات دموگرافیک و بخش دوم شامل ۱۶ سئوال در رابطه با احساس نیاز به آموزش بود که دارای ۲ گزینه " نیاز به آموزش دارم " و " نیاز به آموزش ندارم " با ارزش کمی صفر تا یک در نظر گرفته شد. بخش سوم شامل ۸ سئوال در رابطه با نیاز آموزشی در مورد ماهیت بیماری بود که دارای ۲ گزینه بله و خیر با ارزش کمی صفر تا یک در نظر گرفته شد. بخش چهارم شامل ۴۱ سئوال در رابطه با نیاز آموزشی در ۳ حیطه جسمی، روحی- روانی و اجتماعی- اقتصادی بود که دارای ۴ گزینه با ارزش کمی صفر تا سه در نظر گرفته شد. پس از انتخاب بیماران، جلب رضایت بیماران و توضیحات لازم، پرسش‌نامه در اختیار آنان قرار داده شد. این کار تا رسیدن حجم نمونه کافی به مدت ۲ ماه ادامه یافت. در تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی و آزمون‌های کروسکال‌والیس، من‌ویتنی و ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده شد.

یافته‌ها

۱۷۴ بیمار مورد بررسی قرار گرفتند. ۷۱/۳ درصد آنان زن، ۲۶/۴ درصد در گروه سنی ۳۹-۳۲ و ۴۶/۶ درصد دارای تحصیلات

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-11]

دانشگاهی بودند. ۵۹/۸ درصد متأهل و ۳۰ درصد خانه‌دار بودند. ۴۲ درصد ساعات کاری ۸-۶ ساعت و ۸۲/۸ درصد در تهران سکونت داشتند. ۲۷/۷ درصد کمتر از ۳ سال به MS مبتلا بودند و ۹۴/۳ درصد با خانواده زندگی می‌کردند. ۹۲/۵ درصد بیماری خود را پذیرفته و ۳۹/۱ درصد یک بار بستری شده بودند. ۶۲ درصد از داروهای بتافرون استفاده می‌کردند.

۳۹/۱ درصد در حد بالا، ۴۱/۴ درصد در حد متوسط و ۱۹/۵ درصد در حد پایین نیاز به آموزش داشتند. در مورد ماهیت بیماری، ۰/۶ درصد در حد بالا، ۴۰/۲ درصد در حد متوسط و ۵۹/۲ درصد در حد پایین نیاز به آموزش داشتند. بیشترین درصد نمونه‌ها (۹۴ درصد) در مورد مشکلات جنسی و کمترین درصد نمونه‌ها (۴۱ درصد) در مورد مشکلات دفعی نیاز به آموزش داشتند (جدول ۱). بیشترین درصد نمونه‌ها (۶۱/۵ درصد) در مورد روش‌های کنترل اضطراب و کمترین درصد نمونه‌ها (۵۴/۶۲ درصد) در مورد روش‌های کاهش افسردگی نیاز به آموزش داشتند. همچنین بیشترین درصد نمونه‌ها (۶۱/۵ درصد) در مورد مشکلات تهیه دارو و کمترین درصد نمونه‌ها (۴۰ درصد) در مورد بهبود روابط با دیگران نیاز به آموزش داشتند (جدول ۲).

جدول ۱- توزیع فراوانی بیماران بر اساس نیاز آموزشی در حیطه جسمی

	میانگین*	نیاز شدید	نیاز متوسط	نیاز کم
مشکلات حرکتی (n=۱۷۴)	۶۴/۸۳	۷۱ (۴۰/۸)†	۷۷ (۴۴/۳)	۲۵ (۱۴/۴)
مشکلات ادراری (n=۱۷۴)	۶۴	۸۶ (۴۹/۴)	۶۲ (۳۵/۶)	۲۶ (۱۴/۹)
مشکلات جنسی در زنان متأهل (n=۸۹)	۹۲	۶۲ (۷۷/۵)	۱۴ (۱۷/۵)	۴ (۵)
مشکلات جنسی در افراد متأهل (n=۱۰۴)	۹۴	۹۰ (۸۶/۵)	۱۰ (۹/۶)	۴ (۳/۸)
مشکلات تکلم (n=۱۷۴)	۵۱	۴۱ (۲۳/۶)	۴۴ (۲۵/۳)	۸۹ (۵۱/۱)
مشکلات بلع (n=۱۷۴)	۵۰/۶۶	۴۹ (۲۸/۲)	۵۴ (۳۱)	۷۱ (۴۰)
مشکلات دفع مدفوع (n=۱۷۴)	۴۱	۳۴ (۱۹/۵)	۷۹ (۴۵/۴)	۶۱ (۳۵/۱)
مشکلات تغذیه‌ای (n=۱۷۴)	۴۹	۱۷ (۹/۸)	۹۱ (۵۲/۳)	۶۶ (۳۷/۹)

* میانگین به درصد

† اعداد داخل پرانتز معرف درصد هستند.

آزمون آماری کروسکال‌والیس بین نیاز آموزشی در حیطه جسمی و تحصیلات (P=۰/۰۳) و بین نیاز آموزشی در حیطه روحی- روانی و تحصیلات ارتباط معنی‌داری را نشان داد (P=۰/۰۰۳). آزمون آماری من‌ویتنی ارتباط معنی‌داری را بین نیاز آموزشی در حیطه روحی- روانی و پذیرش بیماری نشان داد (P=۰/۰۳۵) و نیز آزمون آماری کروسکال ارتباط معنی‌داری را بین نیاز آموزش حیطه روحی روانی و دفعات بستری نشان داد (P<۰/۰۰۱). آزمون آماری کروسکال‌والیس ارتباط معنی‌داری را بین نیاز آموزشی در حیطه جسمی و دفعات بستری نشان داد (P=۰/۰۰۴).

جدول ۲- توزیع فراوانی بیماران بر اساس نیاز آموزشی در حیطه روحی روانی

	میانگین*	نیاز شدید	نیاز متوسط	نیاز کم
روش کنترل اضطراب (n=۱۷۴)	۶۱/۵	۶۵ (۳۷/۴)†	۸۱ (۴۶/۶)	۲۸ (۱۶/۱)
روش‌های کاهش سطح افسردگی (n=۱۷۴)	۵۴/۶۲	۴۱ (۲۳/۶)	۱۰۱ (۵۸)	۳۲ (۱۸/۴)

* میانگین به درصد

† اعداد داخل پرانتز معرف درصد هستند.

بین نیاز آموزشی در حیطه جسمی و سن، جنس، اشتغال، تأهل، پذیرش بیماری، درآمد ماهانه، بیمه و مدت زمان ابتلا ارتباط معنی‌داری وجود نداشت. بین نیاز آموزشی در حیطه روحی- روانی و سن، جنس، اشتغال، تأهل، درآمد ماهانه، بیمه و مدت زمان ابتلا نیز ارتباط آماری معنی‌داری وجود نداشت. همچنین بین نیاز آموزشی در حیطه اجتماعی- اقتصادی و سن، سطح تحصیلات، جنس، شغل، تأهل، پذیرش بیماری، درآمد ماهانه، دفعات بستری، بیمه و مدت زمان ابتلا، ارتباط آماری معنی‌داری وجود نداشت (جدول ۳).

جدول ۳- توزیع فراوانی بیماران بر اساس نیاز آموزشی به تفکیک مشکلات در حیطه اجتماعی- اقتصادی

	میانگین*	نیاز شدید	نیاز متوسط	نیاز کم
بهبود روابط با دیگران (n=۱۷۴)	۴۰	۲۰ (۱۱/۵)†	۳۷ (۲۱/۳)	۱۱۷ (۶۷/۲)
مشکلات شغلی (n=۱۷۴)	۵۸	۶۵ (۳۷/۴)	۳۱ (۱۷/۸)	۷۸ (۴۴/۸)
روابط عاطفی با همسر یا خانواده (n=۱۷۴)	۵۶	۶۰ (۳۴/۵)	۳۵ (۲۰/۱)	۷۹ (۴۵/۴)
مشکلات تهیه دارو (n=۱۷۴)	۶۱/۵	۴۱ (۲۳/۶)	۵۱ (۲۹/۳)	۸۲ (۴۷/۱)
مشکلات خدمات بیمه‌ای (n=۱۷۴)	۴۴	۴۳ (۲۴/۷)	۸۴ (۴۸/۳)	۴۷ (۲۷)

* میانگین به درصد

† اعداد داخل پرانتز معرف درصد هستند.

بحث

این مطالعه نشان داد که ۳۹/۱ درصد بیماران احساس نیاز به آموزش در حد شدید، ۴۱/۴ درصد در حد متوسط و تنها

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-11]

۱۹/۵ درصد در حد کم داشتند. همچنین ۰/۶ درصد آنها در مورد ماهیت بیماری نیاز به آموزش در حد بالا، ۴۰/۲ درصد در حد متوسط و ۵۹/۲ درصد در حد کم داشتند. کمترین درصد میانگین (۴۱ درصد) مربوط به مشکلات دفع مدفوع بود، یعنی واحدهای مورد پژوهش در این زمینه نیاز آموزشی کمتر داشتند و بیشترین درصد میانگین (۹۴ درصد) مربوط به مشکلات جنسی در افراد متأهل بود، یعنی واحدهای مورد پژوهش در این زمینه نیاز آموزشی بیشتری داشتند. در مطالعه نورتوت در سال ۲۰۰۷ ۶۱ درصد بیماران مشکلات جنسی داشتند (۱۰). کمترین درصد (۵۴/۶۲ درصد) مربوط به نیاز آموزشی در مورد روش‌های کاهش سطح افسردگی بود که بیماران در این زمینه نیاز آموزشی کمتری داشتند و بیشترین درصد (۶۱/۵ درصد) مربوط به نیاز آموزشی در مورد روش‌های کنترل اضطراب بود که در این زمینه بیماران نیاز آموزشی بیشتری داشتند. در تحقیقی که کورستیل و فین استین در سال ۲۰۰۷ تحت عنوان اختلالات اضطرابی دربیماران مبتلا به MS انجام دادند به این نتیجه رسیدند که ۳۴ درصد نمونه‌ها دچار اضطراب بودند (۱۱). کمترین درصد (۴۰ درصد) مربوط به نیاز آموزشی در مورد بهبود در روابط با دیگران و بیشترین درصد میانگین (۶۱/۵ درصد) مربوط به نیاز آموزشی در مورد مشکلات تهیه دارو بود. همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد که بین نیاز آموزشی در حیطه جسمی و سن، جنس، اشتغال، تأهل، پذیرش بیماری، درآمد ماهانه، بیمه ومدت زمان ابتلا ارتباط آماری معنی‌داری وجود نداشت ولی ارتباط معنی‌داری بین نیاز آموزشی در حیطه جسمی و سطح تحصیلات مشاهده شد. به عبارتی هرچه تحصیلات بیماران بیشتر بود، نیاز آموزشی کمتری در زمینه جسمی داشتند. همچنین بین نیاز آموزشی در حیطه روحی- روانی و سن، جنس، اشتغال و تأهل، درآمد ماهانه بیمه و مدت زمان ابتلا رابطه آماری معنی‌داری وجود نداشت، اما بین نیاز آموزشی در حیطه روحی و روانی و سطح تحصیلات ارتباط معنی‌داری مشاهده شد. به عبارتی هرچه تحصیلات افراد مورد مطالعه بیشتر بود، نیاز آموزشی کمتری در زمینه روحی- روانی داشتند. در مطالعه‌ای که میلتن‌برگ و همکارش در مورد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به MS انجام دادند، بین نیاز آموزشی و تحصیلات و نیز بین نیاز آموزشی در حیطه روحی- روانی و پذیرش بیماری ارتباط معنی‌داری مشاهده شد (۱۲). مک‌لارگ در سال ۲۰۰۵ نیازهای اولیه بیماران را ارزیابی کرد و مشاهده کرد بین نیاز آموزشی و پذیرش بیماری، بین نیاز آموزشی در حیطه روحی روانی و دفعات بستری و بین نیاز آموزشی در حیطه جسمی و دفعات بستری ارتباط معنی‌داری وجود داشت (۴). در تحقیقی که کوپمن (۲۰۰۶) تحت عنوان ده نیاز اصلی بیماران مبتلا به MS انجام دادند، ارتباط معنی‌داری بین نیاز آموزشی و دفعات بستری مشاهده شد (۱۳). علاوه بر آن بین نیاز آموزشی در حیطه اجتماعی- اقتصادی و سن، سطح تحصیلات، جنس، شغل، تأهل، پذیرش بیماری، درآمد ماهانه، دفعات بستری، بیمه و مدت زمان ابتلا ارتباط آماری معنی‌داری وجود نداشت.

در کل کمترین درصد میانگین (۵۱/۹ درصد) مربوط به نیاز آموزشی بیماران مبتلا به MS در حیطه اجتماعی- اقتصادی بود. در حالی که در مطالعه کوپمن ۸۱ درصد (۱۳) و در مطالعه مک‌لارگ ۸۴ درصدبیماران، نیاز آموزشی در حیطه اجتماعی- اقتصادی داشتند و بیشترین درصد میانگین (۶۳/۳۱ درصد) مربوط به نیاز آموزشی در حیطه جسمی بود یعنی بیماران در این حیطه نیاز آموزشی بیشتری داشتند (۴). همان طور که قبلاً گفته شد بیشترین نیاز آموزشی مربوط به مشکلات جنسی و مشکلات حرکتی و ادراری است. در مطالعه هیگینسون بر روی شیوع و شدت علائم در MS شدید، بیشترین نیاز آموزشی در زمینه اختلال عملکرد حرکتی (۴/۴) و مشکلات مثانه‌ای (۳/۹) بود (۱۴).

MS به عنوان یک عارضه مزمن و شایع اثرات نامطلوبی بر کیفیت زندگی می‌گذارد که علاوه بر ناتوانی، درد و رنج و از کارافتادگی سبب تحمیل هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم به جامعه می‌شود (۱). علی‌رغم این خطرات، با تدابیر و آموزش مناسب می‌توان از پیشرفت بیماری و زمین‌گیر شدن بیمار جلوگیری کرد. از آنجایی که فرآیند آموزش بدون تعیین نیاز آموزشی میسر نمی‌باشد(۱۰)، با تعیین سطح نیاز آموزشی مبتلایان به MS می‌توان به آموزش آنها در زمینه جسمی، روحی- روانی و اجتماعی- اقتصادی پرداخته و از طریق آن به عمده‌ترین اهداف مراقبتی که کنترل بیماری و افزودن کارایی فردی و کاهش عوارض می‌باشد، دست یافت. یافته‌ها نشان داد که بیشترین درصد مبتلایان به MS در این مطالعه زنان متأهل و خانه‌دار بودند، لذا توصیه می‌شود جهت افزایش آگاهی و مهارت مراقبت از خود، جهت بیماران زن در انجمن و بیمارستان‌ها کلاس‌هایی درمورد راه‌های غلبه بر مشکلات و عوارض MS به زبان ساده برگزار گردد. یافته‌ها نشان داد که بیشترین درصد نمونه‌ها مشکلات جنسی داشتند و از داروهای ضداسپاسم و ورزش قبل از رابطه جنسی استفاده نمی‌کردند. در نتیجه این پژوهش لزوم حضور پرستاران همراه با مربیان انجمن MS جهت برگزاری کلاس‌های آموزشی در رابطه با

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-11]

دفع یا کاهش مشکلات جنسی این بیماران را مشخص می‌کند. هم‌چنین یافته‌ها نشان داد که بیشترین درصد نمونه‌ها نیاز آموزشی بالایی در زمینه روش‌های کنترل اضطراب داشتند. بنابراین بسیار ضروری است که آموزش لازم توسط پرستاران و کارکنان انجمن MS به بیماری در زمینه روش‌های کنترل اضطراب داده شود. همچنین این تحقیق نشان داد که اکثریت بیماران مشکلاتی در زمینه تهیه دارو و حمایت‌های انجمن را داشتند. لذا توصیه می‌شود برنامه آموزشی در این زمینه در انجمن جهت ارتقاء مطلوب آگاهی و بهبود عملکرد افراد اجرا شود و انجمن فعالیت‌ها و محدوده اختیارات خود را به بیماران شرح دهد. همچنین با توجه به این که بیماران در حیطه جسمی نیاز آموزشی بیشتری داشتند، لزوم توجه به این حیطه مشخص می‌شود. در ضمن می‌توان نتایج این تحقیق را در اختیار پرستاران خصوصاً آموزش‌دهندگان انجمن MS ایران قرارداده تا جهت اجرای برنامه‌های آموزشی خود مراقبتی از آن استفاده کنند و از این طریق علاوه بر بالا بردن کیفیت زندگی، از بستری شدن مکرر و هدر رفتن نیرو و صرف هزینه‌های بیهوده جلوگیری نمود و در نهایت سبب ارتقاء سلامتی جامعه گردید.

تشکر و قدردانی

نگارندگان این مقاله مراتب سپاس و قدردانی خود را از انجمن MS ایران، مسئولین و بیماران عضو انجمن ابراز می‌دارند.

REFERENCES

1. Smeltzer S, Bar B. Text Book of Medical-Surgical Nursing. Philadelphia: W.B. Saunders Co.; 2008. p.242-44.
2. Mostert S, Kesselering J. Effects of a short-term exercise training program on aerobic fitness, fatigue, health perception and activity level of subjects with multiple sclerosis. Multiple Sclerosis 2004;8:161-68.
3. Etemadi-far M. Diagnosis and treatment of multiple sclerosis (MS). 1st Edition. Isfahan: Chehar Bagh publication; 2005. [In Persian]
4. McClurg K. A primary care based needs assessment of people with multiple sclerosis. Br J General Prac 2005;5:378-83.
5. Baker J ,Baker S, Barlow S. Multiple sclerosis nursing international certification examination; Handbook for Candidates. New York: NY; 2005. p.1-12.
6. Sutherland C. Relaxation and health-related quality of life in multiple sclerosis: the example of autogenic training. J Behave Med 2005;28:249-56.
7. Bice SW. Designing learning-needs survey-10 steps to success. J Cont Nurs 2005;32:150-51.
8. Kileff J, Ashburn A. A pilot studies of the effect of aerobic exercise on people with moderate disability multiple sclerosis. Clin Rehabil 2005;19:165-69.
9. Halper J. The evolution of nursing care in multiple sclerosis. Int J MS Care 2004; 2:40-48.
10. Nortvedt MW. Prevalence of bladder, bowel and sexual problem among multiple sclerosis patients two five years after diagnosis. Multiple sclerosis 2007;13:106-12.
11. Korostil M, Feinstein A. Anxiety disorder and their clinical correlates in multiple sclerosis patient. Multiple Sclerosis 2007;13:67-72.
12. Miltenburger C, Kobelt G. Quality life and coast of multiple sclerosis. Clin Neurol NeuroSurg 2004;14:272-75.
13. Koopman R. 10 Top need of people with multiple sclerosis and their significant others. J Nurs 2006;38:369-74.
14. Higginson H. Symptom prevalence and severity in people severely by multiple sclerosis. J Palliat Care 2006;22:158-65.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-11]