

تأثیر اجرای برنامه خودمدیریتی مبتنی بر بحث گروهی به روش مجازی بر کیفیت خواب در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

مدینه جاسمی^۱، سامره اقتدار^۲، وحید علی نژاد^۳، زهرا ولی نسب^{۴*}

تاریخ دریافت ۱۴۰۱/۰۹/۲۳ تاریخ پذیرش ۱۴۰۱/۱۰/۲۶

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: بیماری مولتیپل اسکلروزیس یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن و ناتوان‌کننده‌ی سیستم عصبی است. اختلال خواب از مهم‌ترین عارضه‌ی این بیماری است که کیفیت زندگی فرد بیمار را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این پژوهش باهدف بررسی تأثیر اجرای برنامه خودمدیریتی مبتنی بر بحث گروهی به روش مجازی، بر کیفیت خواب در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجام شد.

مواد و روش کار: پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی با طرح پیش-پس‌آزمون است که با مشارکت ۶۰ بیمار مراجعه‌کننده به انجمن ام‌اس ارومیه در سال ۱۴۰۰ که با روش در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی به دو گروه کنترل و آزمون (هر گروه ۳۰ بیمار) تقسیم شده بودند، انجام گرفت. بیماران گروه مداخله محتوای آموزشی برنامه‌ی خودمدیریتی را از طریق بحث با سایر اعضای گروه در واتس‌آپ در طی ۶ جلسه و به مدت یک ماه دریافت نمودند. بیماران گروه کنترل هیچ‌گونه آموزشی دریافت نکردند. پرسشنامه‌های کیفیت خواب پیتربورگ و اطلاعات دموگرافیک بیماران قبل و بعد از مداخله توسط بیماران تکمیل شد. داده‌های جمع‌آوری‌شده با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی توسط نرم‌افزار آماري SPSS نسخه ۲۲ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: دو گروه مطالعه به لحاظ متغیرهای دموگرافیک همگن بودند و تفاوت معنی‌داری نداشتند ($p > 0.05$). نتایج آزمون تی زوجی نشان داد که برخلاف گروه کنترل میانگین نمره کیفیت خواب بعد از مداخله به‌طور معنی‌داری کاهش یافت ($p = 0.001$). همچنین نتایج نشان داد که میانگین نمره‌ی کیفیت خواب بعد از مداخله بین دو گروه کنترل و آزمون اختلاف آماري معنی‌داری داشت، به‌طوری‌که بعد از اجرای برنامه‌ی خودمدیریتی کیفیت خواب در گروه آزمون به‌طور معنی‌داری بهبود پیدا کرد ($p < 0.05$).

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه نشان داد که اجرای برنامه خودمدیریتی مبتنی بر بحث گروهی به روش مجازی بر کیفیت خواب بیماران مولتیپل اسکلروزیس تأثیرگذار است، بنابراین می‌تواند به‌عنوان یکی از روش‌های بهبود علائم و ارتقاء کیفیت خواب در این بیماران به‌کار برده شود.

کلیدواژه‌ها: مولتیپل اسکلروزیس، پیتربورگ، خودمدیریتی، کیفیت خواب

مجله پرستاری و مامایی، دوره بیستم، شماره هشتم، پی‌درپی ۱۵۷، آبان ۱۴۰۱، ص ۶۲۵-۶۱۹

آدرس مکاتبه: ارومیه، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، تلفن: ۰۴۴۱۳۴۶۹۹۳۱

Email: Zahra.valinasab20@gmail.com

مقدمه

دمیلیینه‌شدن و آسیب آکسونی توصیف می‌شود (۲). بیماری ام‌اس بیش از ۴۰۰ هزار نفر در ایالات‌متحده آمریکا و بیش از ۲/۳ میلیون نفر را در سراسر جهان درگیر ساخته است (۳). در ایران نیز با توجه به مطالعات صورت گرفته، شیوع آن به‌سرعت در حال افزایش است. به‌طوری‌که بر اساس آخرین پژوهش‌های انجام‌شده میزان شیوع آن

بیماری مولتیپل اسکلروزیس از شایع‌ترین بیماری‌های سیستم عصبی در انسان است (۱). ام‌اس یک بیماری مزمن و خودآیدین سیستم اعصاب مرکزی است که با تخریب غلاف میلین احاطه‌کننده نورون‌ها و تضعیف عملکرد حسی و حرکتی ناشی از التهاب

^۱ دانشیار آموزش پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، ارومیه، ایران

^۲ استادیار پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، ارومیه، ایران

^۳ استادیار آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۴ دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه (نویسنده مسئول)

^۱ Multiple Sclerosis

مطالعه‌ی دیگری Plow و همکاران (۲۰۱۹) نیز نشان داده‌اند که اجرای برنامه خودمدیریتی باعث کاهش آثار خستگی در بیماران مبتلا ام‌اس می‌شود (۱۴). بنابراین با آموزش و اجرای برنامه‌ی خودمدیریتی به مبتلایان بیماری ام‌اس، می‌توان به آن‌ها در جهت درک بهتر از فرآیند بیماران و بهبود کیفیت خواب کمک کرد.

در حال حاضر رایج‌ترین رویکردهای آموزشی در برنامه‌های آموزش سلامت، آموزش به روش چهره به چهره و بحث گروهی است. انتخاب روش آموزشی مناسب بستگی به عوامل متعددی دارد؛ از جمله، نوع و شدت بیماری، نوع مددجویان، امکانات موجود و مواردی از این قبیل. در خصوص بیماری ام‌اس اکثر برنامه‌های آموزشی که به مددجویان ارائه می‌گردد به صورت انفرادی بوده و در قالب پمفلت، کتابچه راهنما و پرسش و پاسخ است. غالباً به دلیل تعداد زیاد مراجعین به انجمن‌های ام‌اس و تعداد اندک پرسنل آموزش‌دیده، کیفیت برنامه‌های آموزشی چندان مطلوب نبوده و جواب‌گوی مراجعان نمی‌باشد و بر اساس مرور متون انجام گرفته در این پژوهش اکثر آموزش‌ها به صورت انفرادی یا بحث گروهی مستقیم بوده است از طرف دیگر با توجه به شرایط بیماری کرونا در کشور و اهمیت استفاده از آموزش از راه دور جهت رعایت فاصله‌گذاری اجتماعی و نیز با توجه به تأثیرگذاری بیشتر آموزش از طریق بحث گروهی این پژوهش باهدف تعیین تأثیر اجرای برنامه‌ی خودمدیریتی مبتنی بر بحث گروهی بر کیفیت خواب در بیماران ام‌اس انجام شد.

مواد و روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه‌ی نیمه تجربی است که با مشارکت ۶۰ نفر از بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مراجعه‌کننده به انجمن ام‌اس ارومیه انجام شد. بر اساس نتایج مطالعه مسعودی و همکاران (۱۵)، با در نظر گرفتن سطح آلفای ۰/۰۱ و توان ۰/۹۹ و با استفاده از فرمول زیر حجم نمونه موردنیاز برای هر گروه ۲۴ نفر محاسبه گردید که با توجه به احتمال ریزش ۲۵ درصدی، به ۳۰ نفر برای هر گروه افزایش یافت. بر اساس معیارهای ورود و خروج تعداد ۶۰ نفر از بیماران به صورت در دسترس انتخاب شدند و سپس به صورت تصادفی ساده با استفاده از نرم‌افزار تحت وب Randomizer (<https://www.randomizer.org>) به دو گروه آزمون و کنترل تقسیم شدند.

۶/۷ به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر است (۴). اگرچه این بیماری در افراد جوان بیشتر شایع بوده و ۸۰ درصد موارد ابتلا به آن در سنین ۲۰ تا ۵۰ سالگی بوده ولی به‌طور نادر ممکن است در سنین پایین‌تر از این محدوده‌ی سنی نیز روی دهد. علاوه بر این شیوع بیماری ام‌اس در زنان تقریباً ۳ برابر مردان است (۵). این بیماری منشأ ناشناخته دارد و تاکنون هیچ درمان قطعی و در دسترس برای آن وجود نداشته است (۴).

یکی از شایع‌ترین مشکلات بیماران ام‌اس بی‌خوابی است، به‌طوری‌که بیش از ۷۰ درصد از مشکلات خواب را تجربه می‌کنند (۶). خواب مکانیسم فیزیولوژیک بدن در بازتاب توان از دست رفته و خستگی ناشی از فعالیت‌های مغز و بدن در طول زندگی روزمره و یک معیار مهم در حفظ سلامت جسمی و روانی انسان است (۷). کیفیت خواب که یک‌سوم زندگی روزمره‌ی ما را تشکیل می‌دهد به‌گونه‌ای است که دوسوم باقیمانده زندگی را تحت تأثیر خود قرار خواهد داد (۸). در پژوهش Clark و همکاران شیوع شکایت مربوط به اختلال خواب در بیماران مولتیپل اسکلروزیس سه برابر افراد سالم بود (۹). همچنین در پژوهش Soarsen و همکاران تغییرات ریتم شبانه‌روزی در مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس اثبات شده است (۱۰).

یکی از روش‌های غیردارویی توصیه‌شده برای بهبود کیفیت خواب در بیماران ام‌اس آموزش برنامه خودمدیریتی و اجرای آن توسط بیماران است (۱۱). برنامه‌ی خودمدیریتی شامل یک دوره مداخله‌ی شش‌هفته‌ای است که در سال ۱۹۹۵ توسط Paker و همکاران برای افراد با سندرم پست پولیو طراحی شد. برنامه خودمدیریتی شامل یادگیری مهارت‌ها و عادات جدید جهت کنترل علائم، عوارض هیجانی و تأثیرات منفی بیماری مزمن بر زندگی روزمره‌ی فرد است. این برنامه شامل متغیرهایی است که هدف آن‌ها جلوگیری از استفاده‌ی غیرضروری یا بیش‌ازحد انرژی است. فن‌های مورداستفاده شامل کنترل سرعت کار کردن، تعادل بین کار و استراحت و استفاده از مکانیک مناسب بدن است (۱۲). مطالعات مختلفی تأثیر اجرای برنامه خودمدیریتی را بر خستگی بیماران مبتلا به ام‌اس نشان داده‌اند، به‌طوری‌که Mulligan و همکاران (۲۰۱۶) اظهار کرده‌اند که آموزش و به‌کارگیری برنامه خودمدیریتی به‌عنوان یک مداخله پرستاری غیرتهاجمی و کم‌هزینه بر میزان خستگی و فعالیت‌های روزمره بیماران ام‌اس مؤثر است (۱۳). در

$$(\mu_1 - \mu_2 = 2.65, \delta^2 = 1.83, \alpha = 0.01, 1 - \beta = 0.99)$$

$$n = \frac{2\delta^2 (Z_{\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2}{(\mu^1 - \mu^2)^2}$$

$$n = \frac{2(1.83)^2 (2.58 + 2.33)^2}{(2.65)^2} \cong 24$$

در مطالعه‌ی کنونی معیارهای ورود به مطالعه شامل محدوده‌ی سنی بین ۲۰ تا ۵۰ سال، داشتن بیماری ام‌اس با تأیید متخصص مغز و اعصاب، داشتن گوشی هوشمند و توانایی کارکردن با آن، داشتن سواد خواندن و نوشتن، برقراری ارتباط کلامی با پژوهشگر، داشتن حداقل سه سال سابقه‌ی ابتلا به بیماری ام‌اس و شرکت نکردن در هیچ دوره آموزش خودمراقبتی و معیارهای خروج از مطالعه عدم شرکت در بیش از یک جلسه و عدم تمایل به شرکت در مطالعه بود.

برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه متغیرهای دموگرافیک و مرتبط با بیماری و پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ^۱ (PSQI) استفاده شد. پرسشنامه متغیرهای دموگرافیک و مرتبط با بیماری شامل سن، جنس، تحصیلات، وضعیت اقتصادی، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، سابقه اختلالات روان‌پزشکی، مدت ابتلا به بیماری ام‌اس و نوع بیماری ام‌اس بود.

پرسشنامه PSQI توسط به ویس و همکاران در سال ۱۹۸۹ طراحی شده (۱۶) که کیفیت خواب را در طول یک ماه گذشته بررسی می‌کند و شامل ۱۸ سؤال در هفت بعد (کیفیت ذهنی خواب، تأخیر در به خواب رفتن، کفایت خواب، مدت‌زمان خواب، اختلال خواب، استفاده از داروهای خواب‌آور و اختلال در عملکرد روزانه) است. امتیاز هر سؤال حداقل ۰ و حداکثر ۳ است. مجموع میانگین نمرات این هفت جزء، نمره کل ابزار را تشکیل می‌دهد که دامنه آن بین ۰ تا ۲۱ است. هر چه نمره به‌دست‌آمده بالاتر باشد، کیفیت خواب پایین‌تر است. نمره بالاتر از ۶ دلالت بر کیفیت خواب نامطلوب دارد. (۱۶). سلیمانی و همکاران روایی ابزار را با استفاده از نوع اعتبار محتوا و پایایی پرسشنامه را از طریق بازآزمون $r = 0/87$ تعیین کرده‌اند (۱۷).

پس از تأیید کمیته اخلاق و مجوز کتبی از دانشگاه علوم پزشکی ارومیه با مراجعه به انجمن ام‌اس ارومیه و ارائه مجوزهای لازم و تأیید آن توسط مراجع ذی‌صلاح و پس از هماهنگی با مسئولین انجمن مرکز مذکور بر اساس معیارهای ورود تعداد ۶۰ نفر از بیماران به‌صورت در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی ساده به دو گروه آزمون و کنترل تقسیم شدند. لازم به ذکر است که از تمامی نمونه

بعد از توضیح اهداف مطالعه و روش کار پژوهش به آن‌ها، رضایت آگاهانه مکتوب جهت همکاری در مطالعه اخذ شد. سپس پرسشنامه‌ها در اختیار بیماران قرار داده شد و از آنان درخواست گردید که پرسشنامه‌های ذکرشده را تکمیل نمایند. به‌منظور رعایت موازین اخلاقی پرسشنامه‌ها به‌صورت بی‌نام و کدگذاری توزیع شدند. برای بیماران گروه مداخله، آموزش برنامه خودمدیریتی خستگی به‌صورت بحث گروهی از طریق نرم‌افزار واتساپ طی ۶ جلسه یک‌ساعته و هر ۵ روز یک‌بار و به مدت یک ماه صورت گرفت. برای بیماران گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ی آموزشی انجام نگرفت. بلافاصله بعد از انجام مداخله، مجدداً به‌تمامی بیماران (از تمامی گروه‌ها) پرسشنامه خواب پیتزبورگ داده شد و از آنان درخواست گردید که مجدداً پرسشنامه‌ها را تکمیل نمایند.

داده‌های گردآوری‌شده و با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. بعد از ورود داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی در قالب جدول و نمودار برای گزارش آماری داده‌ها و از آزمون کای دو، تی زوجی و مستقل برای مقایسه اثر مداخله استفاده شد. نرمال بودن داده‌ها نیز با آزمون کولموگروف-اسمیرنوف انجام شد. برای آزمون فرضیات سطح معنی‌داری ۰/۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین سن نمونه‌های گروه کنترل و آزمون به ترتیب $8/94 \pm$ و $36/3$ و $8/32 \pm$ و $38/3$ سال و میانگین سابقه ابتلا به بیماری ام‌اس در بیماران گروه کنترل و آزمون به ترتیب $4/01 \pm$ و $8/8$ و $5/82 \pm$ و $9/76$ سال بود. بیماران شرکت‌کننده در این مطالعه متأهل (۶۱/۶۷ درصد)، دارای تحصیلات کمتر از دیپلم (۴۱/۶۶ درصد)، بیکار (۷۱/۶۶ درصد)، فاقد اختلالات روان‌پزشکی (۸۵ درصد) و دارای درآمد کافی بر اساس خوداظهاری بیمار (۸۸/۳۲ درصد) بودند. تعداد مرد و زن در دو گروه مورد مطالعه برابر بود، همچنین نتایج آنالیزهای آماری نشان داد که دو گروه مورد مطالعه از لحاظ سن، سابقه‌ی ابتلا به بیماری ام‌اس و دیگر متغیرهای دموگرافیک بررسی‌شده فاقد اختلاف آماری معنی‌داری ($p > 0/05$) بودند (جدول ۱).

جدول (۱): توزیع فراوانی نسبی و مطلق بیماران برحسب مشخصات فردی-اجتماعی، در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس ارومیه در

سال ۱۴۰۰

p-value	گروه آزمون		گروه کنترل		متغیر
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۰/۹۹۹	۵۰	۱۵	۵۰	۱۵	جنس
					زن

^۱ Pittsburgh Sleep Quality Index

	۵۰	۱۵	۵۰	۱۵	مرد	
۰/۷۹۱	۴۰	۱۲	۳۶/۶۶	۱۱	مجرد	وضعیت تأهل
	۶۰	۱۸	۶۳/۳۴	۱۹	متأهل	
۰/۳۱۹	۶/۶۶	۲	۳/۳۳	۱	بی سواد	وضعیت تحصیلات
	۴۳/۳۳	۱۳	۴۰	۱۲	پایین تر از دیپلم	
	۲۰	۶	۴۰	۱۲	دیپلم و فوق دیپلم	
	۳۰	۹	۱۶/۶۶	۵	لیسانس و بالاتر	
۰/۳۹۰	۲۳/۳۳	۷	۳۳/۳۳	۱۰	شاغل	وضعیت شغل
	۷۶/۶۶	۲۳	۶۶/۶۶	۲۰	بیکار	
۰/۹۹۹	۱۳/۳۴	۴	۱۶/۶۶	۵	بله	سابقه اختلالات روان پزشکی
	۸۶/۶۶	۲۶	۸۳/۳۴	۲۵	خیر	
۰/۷۱۸	۱۰	۳	۱۰	۳	درآمد کمتر از مخارج	وضعیت اقتصادی
	۸۶/۶۴	۲۶	۹۰	۲۷	درآمد برابر با مخارج	
	۳/۳۳	۱	۰	۰	درآمد بیشتر از مخارج	
۰/۹۶۴	۱۳/۳۴	۴	۲۰	۶	کمتر از ۴ سال	طول دوره بیماری
	۲۰	۶	۱۳/۳۴	۴	۴ تا ۶ سال	
	۶۶/۶۶	۲۰	۶۶/۶۶	۲۰	بیشتر از ۶ سال	

کیفیت خواب و ابعاد آن در گروه آزمون بعد از آموزش از طریق بحث گروهی در واتس‌آپ به طور معنی‌داری کاهش یافته بود ($p=0/001$). علاوه بر این نتایج آزمون تی مستقل نشان داد که میانگین نمره کلی کیفیت خواب و ابعاد آن بعد از مداخله بین دو گروه کنترل و آزمون تفاوت آماری معنی‌داری وجود داشت ($p<0/05$)، به طوری که میانگین کیفیت خواب و ابعاد آن در گروه آزمون به طور قابل ملاحظه‌ای پایین‌تر از گروه کنترل بود (جدول ۲). لازم به ذکر است که در این پرسشنامه هر چه نمره به دست آمده بالاتر باشد، کیفیت خواب پایین‌تر است (۱۶).

میانگین نمره کلی کیفیت خواب در گروه کنترل و آزمون قبل از مداخله به ترتیب $19/38 \pm 1/42$ و $17/61 \pm 2/76$ (از دامنه‌ی قابل کسب ۰ تا ۲۱) و در مرحله بعد از مداخله در گروه کنترل و آزمون به ترتیب $14/98 \pm 2/82$ و $19/76 \pm 1/53$ به دست آمد. نتایج آزمون تی زوجی نشان داد که میانگین نمره کلی کیفیت خواب و تمامی حیطه‌های آن به استثنای حیطه‌ی «تأخیر در به خواب رفتن» قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون برخلاف گروه کنترل تفاوت آماری معنی‌داری داشت، به طوری که میانگین نمره کلی

جدول (۲) مقایسه نمره کلی کیفیت خواب و ابعاد آن قبل و بعد از مداخله در و بین دو گروه آزمون و کنترل

آزمون تی	گروه کنترل		گروه	متغیر
	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار		
۰/۰۰۱	$17/61 \pm 2/76$	$19/38 \pm 1/42$	قبل از مداخله	نمره کلی کیفیت خواب
	$14/98 \pm 2/82$	$19/76 \pm 1/53$	بعد از مداخله	
	۰/۰۰۱	۰/۰۶۵	آزمون تی زوجی	
۰/۰۰۱	$2/2 \pm 0/846$	$2/53 \pm 0/628$	قبل از مداخله	کیفیت ذهنی خواب
	$1/56 \pm 0/504$	$2/56 \pm 0/56$	بعد از مداخله	
	۰/۰۰۱	۰/۸۳۹	آزمون تی زوجی	
	$2/46 \pm 0/899$	$2/76 \pm 0/43$	قبل از مداخله	تأخیر در به خواب رفتن

۰/۰۰۱	$۲/۲ \pm ۰/۸۴۶$	$۲/۸۶ \pm ۰/۳۴$	بعد از مداخله	
	۰/۰۸۸	۰/۳۲۶	آزمون تی زوجی	
	$۵/۲۵ \pm ۲/۰۲$	$۴/۵۱ \pm ۲/۱۵$	قبل از مداخله	
۰/۰۴۸	$۵/۷۷ \pm ۱/۵۵$	$۴/۸۶ \pm ۱/۷۷$	بعد از مداخله	مدت زمان خواب
	۰/۰۰۶	۰/۰۵۳	آزمون تی زوجی	
	$۱/۶۵ \pm ۱/۲۸$	$۲/۰۰ \pm ۱/۲۳$	قبل از مداخله	
۰/۰۰۱	$۱/۰۶۹ \pm ۱/۰۶۶$	$۲/۲ \pm ۰/۹۶$	بعد از مداخله	کفایت خواب
	۰/۰۰۹	۰/۴۷	آزمون تی زوجی	
	$۲/۵۶ \pm ۰/۵۹$	$۲/۳۹ \pm ۰/۴۶$	قبل از مداخله	
۰/۰۰۱	$۱/۵۶ \pm ۰/۵۹۳$	$۲/۱۳ \pm ۰/۷۱۲$	بعد از مداخله	اختلال خواب
	۰/۰۰۱	۰/۱۱۹	آزمون تی زوجی	
	$۲/۱۳ \pm ۱/۰۰۸$	$۲/۶ \pm ۰/۶۷$	قبل از مداخله	
۰/۰۰۱	$۱/۶۶ \pm ۰/۸$	$۲/۸۶ \pm ۰/۸۹$	بعد از مداخله	استفاده از داروهای خواب‌آور
	۰/۰۰۸	۰/۱۸۷	آزمون تی زوجی	
	$۲/۱۸ \pm ۰/۸۹$	$۲/۶۵ \pm ۰/۵۴$	قبل از مداخله	
۰/۰۰۱	$۱/۶۱ \pm ۰/۵۹۷$	$۲/۶۸ \pm ۱/۵۳$	بعد از مداخله	اختلال در عملکرد روزانه
	۰/۰۰۱	۰/۷۹۱	آزمون تی زوجی	

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر یک مطالعه نوع نیمه تجربی بود که باهدف تعیین تأثیر اجرای برنامه خودمدیریتی مبتنی بر بحث گروهی به روش مجازی بر کیفیت خواب و با مشارکت ۶۰ نفر از بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مراجعه‌کننده به انجمن ام‌اس ارومیه در سال ۱۴۰۰ انجام گرفت.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میانگین نمره کلی کیفیت خواب و تمامی حیطه‌های آن به استثنای حیطه‌ی «تأخیر در به خواب رفتن» قبل و بعد از مداخله بر خلاف گروه کنترل در گروه آزمون تفاوت آماری معنی‌داری داشت، به طوری که میانگین نمره کلی کیفیت خواب و ابعاد آن در گروه آزمون بعد از اجرای برنامه خودمدیریتی از طریق بحث گروهی در واتساپ به طور معنی‌داری کاهش یافته بود. از آنجائیکه در این پرسشنامه هر چه نمره به دست آمده بالاتر باشد، کیفیت خواب پایین‌تر است، بنابراین اجرای برنامه خودمدیریتی در بیماران گروه آزمون باعث بهبود کیفیت خواب شده است. همچنین نتایج این مطالعه نشان داد که بعد از اجرای برنامه خودمدیریتی کیفیت خواب به طور معنی‌داری در گروه آزمون نسبت به کنترل بهبود یافته بود. در مطالعه‌ی پارسایی‌منش و همکاران (۲۰۱۴) که باهدف تعیین تأثیر آموزش‌های خودمدیریتی بر کیفیت خواب بیماران مبتلا در ۵۰ بیمار مبتلا به ام‌اس در شهرستان جهرم و با استفاده از مقیاس خواب پیتزبورگ انجام شده، نتایج نشان داد

که ۶ هفته اجرای برنامه آموزشی خودمراقبتی باعث بهبود کیفیت خواب بیماران ام‌اس می‌شود (۱۸)، که در راستای تأیید نتایج مطالعه‌ی کنونی می‌باشد. Nociti و همکاران (۲۰۱۷) نیز در یک مطالعه‌ی کارآزمایی بالینی که باهدف بررسی تأثیر برنامه آموزشی خودمراقبتی بر کیفیت خواب بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس و با مشارکت ۵۰ بیمار مبتلا به ام‌اس و با استفاده از مقیاس کیفیت خواب پیتزبورگ انجام شده، نشان دادند که شش هفته و در هر هفته دو جلسه برنامه آموزشی به بیماران گروه مداخله باعث بهبود کیفیت خواب آن‌ها در مقایسه با گروه کنترل شد. مقایسه تغییرات میانگین نمره کیفیت خواب در دو گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخله نیز نشان داد که برنامه‌های آموزش خودمراقبتی توانسته کیفیت خواب را در گروه مداخله بهبود بخشد (۱۹)، که هم‌جهت با یافته‌های مطالعه‌ی ما می‌باشد. نتایج مطالعه‌ی کنونی و مطالعات مذکور نشان‌دهنده‌ی تأثیر مثبت اجرای برنامه‌ی خودمدیریتی بر بهبود کیفیت خواب در بیماری‌های مزمن خواهد شد، از این رو از این‌رو می‌توان از این مدل به‌عنوان مداخله پرستاری بهینه استفاده کرد. در مجموع نتایج مطالعه‌ی کنونی نشان داد که اجرای برنامه خودمدیریتی از طریق بحث گروهی در اپلیکیشن واتساپ باعث بهبود کیفیت خواب بیماران مبتلا به ام‌اس خواهد شد، بنابراین با توجه به دسترسی راحت به روش آموزش از طریق شبکه‌های اجتماعی بدون محدودیت مکانی و زمانی این روش آموزشی پیشنهاد می‌شود.

References:

1. Huang WJ, Chen WW, Zhang X. Multiple sclerosis: pathology, diagnosis and treatments. *Exp Therapeut Med* 2017;13(6):3163-6.
2. Lassmann H. Multiple sclerosis pathology. *Cold Spring Harbor perspectives in medicine*. 2018;8(3):a028936.
3. Gianfrancesco MA, Barcellos LF. Obesity and multiple sclerosis susceptibility: a review. *J Neurol Neuromed* 2016;1(7):1.
4. Hosseinzadeh A, Baneshi M, Sedighi B, Kermanchi J, Haghdoost A. Incidence of multiple sclerosis in Iran: a nationwide, population-based study. *Pub Health* 2019;175:138-44.
5. Birnbaum GL. Multiple sclerosis: Clinician's guide to diagnosis and treatment: Oxford University Press; 2013.
6. Jonason PK, Jones A, Lyons M. Creatures of the night: Chronotypes and the Dark Triad traits. *Pers Individ Differ* 2013;55(5):538-41.
7. Fleming WE, Pollak CP, editors. Sleep disorders in multiple sclerosis. *Seminars in neurology*; 2005: Copyright© 2005 by Thieme Medical Publishers, Inc., 333 Seventh Avenue, New
8. Tabrizi FM, Radfar M. Fatigue, sleep quality, and disability in relation to quality of life in multiple sclerosis. *Int J MS Care* 2015;17(6):268-74.
9. 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* 2017;49(6):641-3.
10. Søarensen K, Alslev T, Christensen S, Jensen N, Ørskov H. CSF somatostatin in multiple sclerosis: reversible loss of diurnal oscillation in relapses. *Neurology* 2016;37(6):1050.
11. Salomè A, Sasso D'Elia T, Franchini G, Santilli V, Paolucci T. Occupational therapy in fatigue management in multiple sclerosis: an umbrella review. *Mult Scler Int* 2019;2019.
12. Packer T, Brink N, Sauriol A. Managing fatigue: a six-week course for energy conservation: Therapy Skill Builders; 1995.
13. Mulligan H, Wilkinson A, Barclay A, Whiting H, Heynike C, Snowdon J. Evaluation of a fatigue self-management program for people with multiple sclerosis. *Int J MS Care* 2016;18(3):116-21.
14. Plow M, Finlayson M, Liu J, Motl RW, Bethoux F, Sattar A. Randomized controlled trial of a telephone-delivered physical activity and fatigue self-management interventions in adults with multiple sclerosis. *Arch Physic Med Rehab* 2019;100(11):2006-14.
15. Masoudi R, Kheiri F, Ahmadi F, Mohammadi E. The effect of self-care program base on the Orem frame work on fatigue and activity of daily living in multiple sclerosis patients. *Arch Rehab* 2009;10(3).
16. Buysse DJ, Reynolds III CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res* 1989;28(2):193-213.
17. Soleimany M, Ziba FN, Kermani A, Hosseini F. Comparison of sleep quality in two groups of nurses with and without rotation work shift hours. *Iran J Nurs* 2007;20(49):29-38.
18. Parsaei Manesh E, Mahdavi M, Moghadam S. The effect of self-care educational program on sleep quality in patients with Multiple Sclerosis. *J Educ Ethics Nurs* 2014;3(4):9-13.
19. Nociti V LF, Gnoni V, Losurdo A, Testani E, Vollono C, Frisullo G, Brunetti V, Mirabella M, Della Marca G. The effect of self-care educational program on sleep quality in patients with Multiple Sclerosis *J Educ Ethics Nurs* 2017;3(4):9-13.

THE EFFECT OF SELF-MANAGEMENT PROGRAM BASED ON VIRTUAL GROUP DISCUSSION ON SLEEP QUALITY IN MULTIPLE SCLEROSIS PATIENTS

Madineh Jasemi¹, Samereh Eghtedar², Vahid Alinegad³, Zahra Valinasab^{4*}

Received: 14 December, 2022; Accepted: 16 January, 2023

Abstract

Background & Aim: Multiple sclerosis is one of the most common chronic and debilitating diseases of the nervous system. Sleep disorder is one of the most important complications of this disease that affects the patient's quality of life. This study was conducted with the aim of investigating the effect of a self-management program based on virtual group discussion on sleep quality in the patients with multiple sclerosis patients.

Materials & Methods: The current research is a semi-experimental study with a pre-post-test design, conducted with the participation of 60 patients referred to the Urmia MS association in 2021, who were selected by convenient sampling and divided randomly into control and experimental groups (30 patients in each group). Patients of the intervention group received the educational content of self-management program through discussions with other group members on WhatsApp during 6 sessions and for one month. Patients of the intervention group received the educational content of the self-management program through discussions with other group members on WhatsApp during 6 sessions and for one month. Patients in the control group did not receive any training. Pittsburgh sleep quality questionnaire (PSQI) and demographic questionnaires were completed by the patients before and after the intervention. The collected data were analyzed using descriptive and inferential statistics by SPSS version 22 statistical software.

Results: The study groups were homogeneous in terms of demographic variables there was no significant difference between them ($p > 0.05$). The results of the paired t-test showed that, unlike the control group, the mean score of sleep quality decreased significantly after the intervention ($p = 0.001$). Also, the results showed that the average score of sleep quality after the intervention had a statistically significant difference between the groups, so that after the implementation of the self-management program, sleep quality improved significantly in the intervention group ($p < 0.05$).

Conclusion: The results of the study showed that the implementation of a self-management program based on group discussion in a virtual way has an effect on the sleep quality of multiple sclerosis patients and so could be used as one of the methods to improve the symptoms and improve the sleep quality in this patients.

Keywords: Multiple Sclerosis, Pittsburgh, Self-Management, Sleep Quality

Address: Urmia Faculty of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

Tel: +984413469931

Email: Zahra.valinasab20@gmail.com

Copyright © 2022 Nursing and Midwifery Journal

This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, as long as the original work is properly cited.

¹ Associate Professor of Nursing Education, Urmia University of Medical Sciences, Urmia Faculty of Nursing and Midwifery, Urmia, Iran

² Assistant Professor of Nursing, Urmia University of Medical Sciences, Urmia Faculty of Nursing and Midwifery, Urmia, Iran

³ Assistant Professor of Biostatistics, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

⁴ Master's student in nursing, Urmia Faculty of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author)