

مقایسه روش آموزشی چهره به چهره و بحث گروهی بر ارتقای کیفیت زندگی مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس

حمیدرضا زنده طلب*

چکیده

مقدمه: هدف نهایی برنامه‌های درمانی و مراقبتی بیماران مبتلا به MS، ارتقای کیفیت زندگی است. امروزه از روش‌های مختلفی جهت ارائه برنامه‌های سلامت محور استفاده می‌شود. مطالعه حاضر با هدف مقایسه دو روش آموزش چهره به چهره و بحث گروهی بر ارتقای کیفیت زندگی مبتلایان به اسکلروز مولتیپل (MS) انجام شد.

روش‌ها: این مطالعه نیمه تجربی دو گروهی، به صورت قبل و بعد، بر روی ۷۰ بیمار مراجعه کننده به انجمن MS مشهد، که به روش نمونه‌گیری آسان انتخاب شده بودند، در سال ۹۱-۱۳۹۰ انجام شد. ابتدا بیماران به صورت تصادفی به دو گروه ۳۵ نفره تقسیم و کیفیت زندگی بیماران با استفاده از پرسشنامه استاندارد SF-36 که در مطالعات قبلی روایی و پایایی آن اندازه‌گیری شده بود، تعیین گردید. سپس برنامه مداخله به یکی از دو شیوه چهره به چهره و بحث گروهی به اجرا درآمد. یک ماه بعد، کیفیت زندگی مجدداً تعیین و با قبل مقایسه شد. یافته‌ها با آزمون‌های تی مستقل، تی زوج و کای دو در سطح ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل گردید.

نتایج: نمره کلی کیفیت زندگی، در مرحله قبل از مداخله، در گروه آموزش به شیوه چهره به چهره، $41/6 \pm 4/7$ (از حداکثر نمره ۱۰۰) و در گروه آموزش به شیوه بحث گروهی $40/8 \pm 4/5$ بود که در مرحله بعد از مداخله افزایش معنادار داشت (به ترتیب $56/3 \pm 5/1$ و $50/4 \pm 4/7$). بر اساس آزمون‌های تی زوجی و مستقل، نمرات ابعاد مختلف کیفیت زندگی در هر دو گروه در مرحله بعد از مداخله، نسبت به قبل افزایش معنادار داشته و این افزایش در گروه آموزش به روش چهره به چهره بیشتر بود ($p < 0/05$). میانگین نمره کیفیت زندگی بر حسب متغیر سن و اشتغال تفاوت معناداری داشت ($p < 0/05$)؛ اما بر حسب متغیرهای تحصیلات، وضعیت تأهل و جنسیت تفاوت معنادار مشاهده نشد ($p > 0/05$).

نتیجه‌گیری: در صورت وجود امکانات کافی، در بیماری‌های مزمنی نظیر MS، آموزش برنامه‌های خود مراقبتی به روش چهره به چهره مفیدتر از شیوه‌های آموزش بحث گروهی است.

واژه‌های کلیدی: آموزش به روش چهره به چهره، آموزش به روش بحث گروهی، مولتیپل اسکلروزیس، کیفیت زندگی

مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی / آذر ۱۳۹۲؛ ۱۳(۹): ۷۱۱ تا ۷۲۰

مقدمه

اجتماعی بیمار می‌گردد. بر اساس برآوردها، در حال حاضر تقریباً ۵۰۰ هزار بیمار مبتلا به MS در آمریکا وجود دارد (۱) و سالانه ۱۰ هزار مورد جدید به آن افزوده می‌شود. در بین جمعیت ایرانی میزان ابتلاء به بیماری ۳۰-۱۵ نفر به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر از جمعیت است (۳). علت این بیماری ناشناخته بوده ولی نقص سیستم ایمنی و عفونت‌های ویروسی در ایجاد آن نقش مهمی دارند (۴). MS رایج‌ترین بیماری

مولتیپل اسکلروزیس (MS) یک بیماری مزمن پیش‌رونده مربوط به سیستم عصبی مرکزی است (۱) که عمدتاً در بین افراد ۴۵-۱۸ سال شایع بوده (۲) و باعث افت عملکرد فردی و

* نویسنده مسؤول: حمیدرضا زنده طلب (مربی)، گروه بهداشت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
zendehtalabhr@mums.ac.ir

تاریخ دریافت مقاله: ۹۱/۱۲/۲۶، تاریخ اصلاحیه: ۹۲/۴/۲۶، تاریخ پذیرش: ۹۲/۷/۱۳

افزایش داده و از سوی دیگر با آموزش مسائلی در خصوص ورزش، رژیم غذایی و دفع بر جنبه‌های فیزیکی زندگی بیمار اثر گذاشته و از این طریق باعث بهبود و ارتقای کیفیت زندگی وی شود. اثربخشی برنامه‌های آموزش سلامت تا حدود زیادی بستگی به استفاده صحیح از روش‌های آموزش بهداشت دارد. در حال حاضر رایج‌ترین رویکردهای آموزشی در برنامه‌های آموزش سلامت، آموزش به روش چهره به چهره و بحث گروهی است. بر اساس مبانی آموزش سلامت، روش چهره به چهره در مقایسه با سایر روش‌ها تأثیر بیشتری بر مددجو دارد اما در بسیاری از موقعیت‌ها به دلیل محدودیت موجود در منابع، تجهیزات و نیروی انسانی امکان استفاده از آموزش چهره به چهره وجود ندارد، که باید از شیوه‌های دیگر نظیر بحث گروهی استفاده شود.

آموزش به روش چهره به چهره و آموزش به شیوه بحث گروهی از رایج‌ترین و شناخته شده‌ترین روش‌های آموزشی سازمان یافته به شمار می‌روند. هر کدام از این روش‌ها دارای مزایا و محدودیت‌هایی هستند. در شیوه آموزش چهره به چهره، امکان تعامل بیشتری بین آموزش‌دهنده و مددجو وجود داشته و مددجو می‌تواند نظرات و سؤالات خود را به راحتی بیان نماید. محدودیت اصلی این روش کمبود نیروی آموزش‌دهنده مسائل بهداشتی است. در مقابل در روش بحث گروهی، آموزش‌دهنده می‌تواند به طور هم‌زمان به چند مددجو آموزش دهد، که با توجه به کمبود امکانات، این روش می‌تواند در عمل بسیار سودمند باشد.

تاکنون مطالعات چندی به بررسی تأثیر روش‌های آموزشی چهره به چهره و بحث گروهی بر آگاهی، نگرش و عملکرد مددجویان مبتلا به بیماری‌های مختلف پرداخته‌اند. مطالعه قوام نصیری و همکاران در مورد مقایسه تأثیر آموزش خودمراقبتی به روش فردی و گروهی بر کیفیت زندگی بیماران تحت شیمی‌درمانی در مشهد، نشان داد که استفاده از هر دو روش باعث بهبود کیفیت زندگی شد و تفاوت آنها از نظر بالینی معنادار و قابل توجه نبود (۹). هم چنین مطالعه بریم‌نژاد و همکاران در مورد تأثیر آموزش گروهی و انفرادی

خودایمی دستگاه عصبی بوده (۳) و یکی از ناتوان‌کننده‌ترین بیماری‌های عصبی مزمن در بالغین جوان است (۴). شیوع بیماری در زنان دو برابر مردان بوده ولی پیش‌آگهی آن در مردان بدتر است (۵). علی‌رغم وجود درمان‌های تسکینی که در حال حاضر برای این بیماری وجود دارد، بیماری درمان قطعی نداشته و مبتلایان معمولاً درجاتی از ناتوانی‌های نورولوژیک را تجربه می‌نمایند (۶). MS باعث ایجاد اختلال حسی، ضعف، گرفتگی عضلانی، اختلال بینایی، اختلال شناختی، خستگی، لرزش اندام‌ها، اختلال در دفع ادرار و مدفوع، عملکرد جنسی، تعادل، فراموشی، کاهش شنوایی، کرختی، تاری دید، دوبینی و اختلال گفتاری در بیمار می‌گردد (۷). ماهیت ناتوان‌کننده بیماری نه تنها بر جنبه‌های جسمی، روانی، اجتماعی، شناختی، عاطفی و ایفای نقش بیمار اثر گذاشته، بلکه محدودیت‌ها و مشکلاتی را برای اعضای خانواده بیمار نیز ایجاد می‌کند (۸ و ۶). هر چند بیماران مبتلا به MS از طول عمر تقریباً طبیعی برخوردار می‌باشند اما تغییرات ناشی از بیماری، کیفیت زندگی بیماران را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد (۷). از آنجا که اکثریت قریب به اتفاق مبتلایان را بالغین جوانی تشکیل می‌دهند که در سن بهره‌وری و کار قرار دارند، به‌همین دلیل تأثیر بیماری بر جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی زیان‌بار و مخرب می‌باشد (۲). این بیماری استقلال و توانایی فرد برای انجام فعالیت‌های مؤثر خانوادگی و اجتماعی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. علاوه بر آن، عوارض ناشی از بیماری باعث کاهش شرکت مبتلایان در برنامه‌های توسعه سلامت شده و در نتیجه عوارض ثانوی بیماری افزایش یافته و کیفیت زندگی بیش از پیش محدود می‌گردد. در واقع می‌توان گفت که مولتیپل اسکلروز بر تمام جنبه‌های اقتصادی، اجتماعی و عاطفی بیمار و خانواده‌اش اثر دارد (۱). از همین رو طراحی و اجرای برنامه‌های آموزشی با تأکید بر ارتقای کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به MS از اهمیت ویژه‌ای برخوردار بوده و می‌تواند از یک سو، با تقویت حس استقلال و شایستگی بیمار، روحیه و توان وی در برخورد با مشکلات ناشی از بیماری را

روش‌ها

این پژوهش، یک مطالعه نیمه تجربی دو گروهی به صورت قبل و بعد بود که بر روی بیماران مراجعه کننده به انجمن MS مشهد در سال‌های ۹۱-۱۳۹۰ انجام شد. واحدهای مورد پژوهش در مرحله اول به روش نمونه‌گیری آسان انتخاب شدند. معیار ورود به مطالعه، دارا بودن سن بین ۶۰-۱۵ سال، داشتن سواد خواندن و نوشتن، نبودن در مرحله حاد بیماری، سکونت در شهر مشهد و معیار خروج از مطالعه، اعتیاد به مواد مخدر، عود بیماری در سه ماه گذشته، عدم شرکت در یکی از جلسات آموزشی و انصراف از ادامه همکاری به هر دلیل بود. حجم نمونه با خطای ۰/۰۵ و با استناد به مطالعه مسعودی و همکاران که به بررسی تاثیر برنامه آموزش خودمراقبتی مبتنی بر الگوی اورم بر ابعاد روحی کیفیت زندگی مبتلایان به MS پرداختند (۱)، ۶۵ نفر تعیین گردید که با احتمال ریزش نمونه‌ها، ۸۴ نفر پس از اعلام تمایل به شرکت در مطالعه، به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. نحوه نمونه‌گیری به این ترتیب بود که در طی یک ماه با مراجعه به انجمن MS، به صورت تصادفی با ۱۵۰ بیمار تحت پوشش انجمن تماس تلفنی گرفته شده و در خصوص اهداف مطالعه و اختیاری بودن شرکت در پژوهش توضیح داده شد که ۸۴ نفر اعلام تمایل به همکاری نمودند. ۱۴ نفر از بیماران به دلایلی نظیر بستری شدن در بیمارستان، عدم شرکت در یکی از جلسات آموزشی، یا مسافرت از نمونه حذف و در نهایت مطالعه بر روی ۷۰ بیمار انجام شد.

برای جمع‌آوری اطلاعات در این مطالعه از ابزارهای ذیل استفاده شد:

۱. پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک واحدهای مورد پژوهش شامل سؤالاتی در زمینه سن، جنس، سطح تحصیلات، شغل، وضعیت تأهل، مدت ابتلاء به بیماری، دفعات بستری در بیمارستان، وجود سابقه مثبت فامیلی و وجود هم‌زمان یک بیماری دیگر.

۲. فرم کوتاه پرسشنامه SF-36 جهت تعیین کیفیت زندگی

بر پی‌گیری درمان و میزان بروز عوارض در بیماران مصرف کننده وارفارین بعد از تعویض دریاچه قلب در تهران، نشان داد که آموزش گروهی در مقایسه با آموزش انفرادی مؤثرتر بوده است (۱۰). مطالعات دیگری نیز وجود دارند که در آنها فقط یکی از این روش‌های آموزشی مورد استفاده قرار گرفته است، از جمله؛ مطالعه موسوی و همکاران که در آن به تأثیر آموزش چهره به چهره قبل از عمل در کاهش افسردگی و اضطراب بیماران بزرگسال تحت عمل جراحی قلب باز، در کرمان پرداخته شد (۱۱)؛ یا پژوهش شیرازی و همکاران که به بررسی تأثیر برنامه آموزش خودمراقبتی به شیوه بحث گروهی بر دانش و عملکرد دختران نوجوان دیابتیک، در تهران پرداخت (۱۲). تمامی این مطالعات بر لزوم اجرای مداخلات آموزش محور جهت ارتقای کیفیت زندگی مددجویان مبتلا به بیماری‌های مزمن تأکید دارند. از همین رو توانمندسازی بیماران مبتلا به MS نیز از طریق برنامه‌های آموزش محور، می‌تواند نقشی مهمی در بهبود کیفیت زندگی آنان داشته باشد (۱۳).

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 MS 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 MS و تعداد اندک پرسنل آموزش دیده، کیفیت برنامه‌های آموزشی چندان مطلوب نبوده و جوابگوی مراجعان نمی‌باشد. این مسأله در بخش‌های بیمارستانی که این گونه مددجویان در آن بستری می‌شوند با شدت بیشتری به چشم می‌خورد. در ایران مطالعه‌ای که به بررسی مقایسه‌ای اثر بخشی این دو روش آموزشی در بیماری مولتیپل اسکلروز پرداخته باشد، انجام نشده است، از این رو، مطالعه حاضر با هدف مقایسه دو روش آموزش چهره به چهره و بحث گروهی بر ارتقای کیفیت زندگی مبتلایان به MS انجام شد.

دو نفر آموزش‌دهنده دوره دیده نیز استفاده گردید. برای تعیین زمان جلسات، به هر یک از واحدهای مورد پژوهش از طرق تماس تلفنی زمان حضور آموزش دهندگان در انجمن MS اعلام می‌گردید. نمونه‌ها در این بازه زمانی در محل حاضر و آموزش‌ها را دریافت می‌کردند.

در گروه تحت آموزش به روش بحث گروهی، نمونه‌ها به سه گروه ۱۳-۱۰ نفره تقسیم و آموزش‌ها طی سه جلسه ۴۵ دقیقه‌ای به هر یک از گروه‌ها، ارائه می‌شد. نقش پژوهشگر در این قسمت فقط هدایت و راهنمایی مباحث بود.

محتوای مباحث در هر دو گروه، بر روی مسائلی نظیر اهمیت ارتقای کیفیت زندگی در بیماری‌های مزمنی همچون MS، لزوم ایجاد تغییراتی در سبک و شیوه زندگی، نقش اطرافیان در نوتوانی بیماران، جایگاه و نقش خودمراقبتی، اهمیت پیروی از برنامه‌های ورزشی مناسب و لزوم انجام معاینات دوره‌ای، تأکید داشت.

در پایان جلسات، یک پمفلت آموزشی که بر مبنای مباحث مطرح شده تهیه شده بود، در اختیار هر دو گروه قرار می‌گرفت تا نمونه‌ها بتوانند در هنگام تکرار و تمرین موارد آموزش داده شده، از آن استفاده نمایند. در ضمن تلفن و ایمیل پژوهشگر در اختیار نمونه‌ها قرار گرفت تا در صورت بروز هر گونه سؤال و یا راهنمایی، بتوانند با محقق تماس بگیرند. اجرای برنامه آموزشی یک ماه به طول انجامید.

یک ماه پس از اتمام مداخله، ابعاد مختلف کیفیت زندگی در هر دو گروه، مجدداً اندازه‌گیری و با قبل مقایسه گردید. اطلاعات با استفاده از نرم‌افزار SPSS-11.5 و آزمون t مستقل برای مقایسه میانگین نمرات گروه آزمون و شاهد، آزمون t زوجی برای مقایسه میانگین نمرات در مرحله قبل و بعد، و آزمون کای دو برای مقایسه متغیرهای کیفی در سطح معناداری ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شد.

نتایج

تجزیه و تحلیل داده‌ها بر روی ۷۰ بیمار انجام شد (۱۶/۶ درصد ریزش). میانگین سن واحدهای مورد

بیماران: این پرسشنامه دارای درجه بالایی از روایی و پایایی بوده و تاکنون فرم کوتاه آن بارها در ایران مورد استفاده قرار گرفته است. از جمله، در مطالعه ترقی و همکاران که در مازندران انجام شد اعتبار آن بررسی گردید و ضریب آلفای کرونباخ ۹۰-۷۷ درصد گزارش شد (۴). فرم کوتاه ابزار SF-36 دارای ۳۶ سؤال در رابطه با حیطه‌های سلامت عمومی (۶ سؤال)، سلامت جسمی (۱۰ سؤال)، سلامت روحی (۵ سؤال)، محدودیت جسمی (۴ سؤال)، محدودیت روحی (۳ سؤال)، شادابی (۴ سؤال)، روابط اجتماعی (۲ سؤال) و درد (۲ سؤال) می‌باشد. امتیازدهی گویه‌های مختلف این پرسشنامه بر حسب نوع سؤال، به صورت ۱-۶، ۱-۵، ۱-۳، ۱-۲ و ۱-۲ بوده و حداکثر امتیاز کسب شده برابر با ۱۰۰ می‌باشد که در پنج سطح عالی (امتیاز ۸۰-۱۰۰)، بسیار خوب (امتیاز ۷۹-۶۰)، خوب (امتیاز ۵۹-۴۰)، بد (امتیاز ۳۹-۲۰) و بسیار بد (امتیاز ۱۹-۱۰) طبقه بندی می‌گردد (۴). سؤالات ۱، ۲، ۲۰، ۲۲، ۳۲، ۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۶، به صورت لیکرت ۵ درجه‌ای، سؤالات ۱۲، ۱۱، ۱۰، ۹، ۸، ۷، ۶، ۵، ۴، ۳، به صورت لیکرت ۳ درجه‌ای، سؤالات ۱۹، ۱۸، ۱۷، ۱۶، ۱۵، ۱۴، ۱۳، به صورت لیکرت ۲ درجه‌ای، سؤالات ۳۱، ۳۰، ۲۹، ۲۸، ۲۷، ۲۶، ۲۵، ۲۴، ۲۳، ۲۱، به صورت لیکرت ۶ درجه‌ای امتیازدهی می‌شوند.

واحدهای مورد پژوهش به صورت تخصیص تصادفی به دو گروه ۳۵ نفره شامل گروه آموزش به روش چهره به چهره و گروه آموزش به روش بحث گروهی تقسیم شدند. برای این کار به هریک از واحدهای مورد پژوهش یک کد داده شد، سپس با استفاده از جدول اعداد تصادفی، نمونه‌ها در گروه آزمون و کنترل قرار گرفتند. در مرحله بعد، نمونه‌ها پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و کیفیت زندگی را تکمیل نمودند. سپس برنامه مداخله‌ای طراحی شده برای دو گروه اجرا گردید.

در گروه چهره به چهره، برنامه طراحی شده برای هر یک از واحدهای مورد پژوهش، طی یک جلسه ۱-۱/۵ ساعته به اجرا گذاشته می‌شد. با توجه به طولانی بودن روش آموزش چهره به چهره، جهت اجرای این شیوه آموزشی، علاوه بر محقق، از

آزمون تی مستقل اختلاف معناداری در نمره ابعاد مختلف کیفیت زندگی در گروه آموزش چهره به چهره و گروه بحث گروهی در مرحله قبل از مداخله نشان نداد ($p > 0.05$)، حال آن که بعد از مداخله نمره ابعاد مختلف کیفیت زندگی، در در گروه آموزش چهره به چهره بالاتر (جدول ۱) و از نظر آماری معنادار بود ($p < 0.05$).

هم چنین آزمون آماری تی زوجی تفاوت معنادار بین کلیه ابعاد مربوط به کیفیت زندگی، در مرحله بعد از مداخله نسبت به قبل، در هر دو گروه نشان داد: سلامت عمومی ($p = 0.001$, $t = 8/9$)، سلامت جسمی ($p = 0.002$, $t = 9/6$)، سلامت روحی ($p = 0.03$, $t = 11/3$)، محدودیت جسمی ($p = 0.031$, $t = 7/9$)، محدودیت روحی ($t = 10/5$)، روابط اجتماعی ($p = 0.001$, $t = 9/3$) و درد ($p = 0.019$, $t = 11/6$). البته در گروه آموزش به روش چهره به چهره، نمره درد، کمتر از گروه آموزش به روش بحث گروهی بود.

بین کیفیت زندگی و متغیرهایی نظیر سن و شغل تفاوت معنادار ($p < 0.05$) و با متغیرهایی همچون تحصیلات، وضعیت تأهل و جنسیت تفاوت معنادار مشاهده نشد ($p > 0.05$).

پژوهش $34/6 \pm 3/7$ سال و اکثریت آنها ($54/3$ درصد) در محدوده سنی ۳۰-۲۱ سال بودند. $68/6$ درصد مونث، 60 درصد دیپلم، و $77/1$ درصد متأهل بودند. $57/1$ درصد شاغل بودند و $12/9$ درصد به علت بیماری MS شغل خود را از دست داده بودند. میانگین درآمد $64/3$ درصد نمونه‌ها بین ۹۹۹-۵۰۰ هزار تومان بود. مدت ابتلاء به بیماری در $54/3$ درصد از نمونه‌ها کم‌تر از ۱۰ سال بود. $78/6$ درصد واحدهای مورد پژوهش سابقه بستری شدن در بیمارستان را گزارش نمودند. دفعات عود بیماری در اکثر موارد ($45/7\%$) یک بار بود. آزمون کای دو تفاوت معناداری بین دو گروه آموزش چهره به چهره و آموزش بحث گروهی از نظر خصوصیات دموگرافیک، نشان نداد. نمره کلی کیفیت زندگی، در مرحله قبل از مداخله، در گروه آموزش چهره به چهره، $41/6 \pm 4/7$ و در گروه آموزش بحث گروهی $40/8 \pm 4/5$ بود، که آزمون تی مستقل تفاوت معناداری را نشان نداد ($p > 0.05$).

این مقادیر برای گروه آموزش به روش چهره به چهره و بحث گروهی، در مرحله بعد از مداخله به ترتیب $56/3 \pm 5/1$ و $50/4 \pm 4/7$ بود. که نسبت به مرحله قبل از مداخله افزایش معنادار داشت و در گروه آموزش چهره به چهره بیشتر بود ($p = 0.002$, $t = 10/4$).

جدول ۱: میانگین نمرات ابعاد مختلف کیفیت زندگی در دو گروه قبل و بعد از مداخله

ابعاد مختلف کیفیت زندگی	قبل از مداخله		بعد از مداخله		t	p-value df = 68	ابعاد مختلف کیفیت زندگی	قبل از مداخله		بعد از مداخله		t	p-value df = 68
	گروه چهره به چهره	گروه بحث گروهی	گروه چهره به چهره	گروه بحث گروهی				گروه چهره به چهره	گروه بحث گروهی				
سلامت عمومی	$34/4 \pm 4/4$	$33/8 \pm 4/4$	$46/7 \pm 5/1$	$40/2 \pm 4/2$	7/4	$P = 0.062$	سلامت جسمی	$42/7 \pm 4/8$	$42/5 \pm 3/9$	$52/3 \pm 5/5$	$44/1 \pm 3/9$	5/8	$P = 0.071$
سلامت روحی	$46/8 \pm 6/1$	$45/6 \pm 5/5$	$60/4 \pm 7/8$	$52/3 \pm 5/4$	3/1	$P = 0.075$	محدودیت جسمی	$27/2 \pm 5/1$	$28/3 \pm 5/8$	$41/7 \pm 6/2$	$35/8 \pm 4/4$	2/9	$P = 0.699$
محدودیت روحی	$30/5 \pm 5/9$	$31/4 \pm 5/7$	$45/6 \pm 6/3$	$40/7 \pm 4/8$	7/7	$P = 0.083$	شادابی	$48/7 \pm 5/6$	$47/4 \pm 4/8$	$61/5 \pm 6/9$	$55/9 \pm 5/1$	9/4	$P = 0.082$
روابط اجتماعی	$40/3 \pm 5/8$	$39/7 \pm 5/1$	$51/3 \pm 5/5$	$43/2 \pm 4/2$	8/6	$P = 0.074$	درد	$45/2 \pm 5/8$	$44/6 \pm 4/9$	$30/1 \pm 4/5$	$36/7 \pm 3/6$	7/9	$P = 0.68$

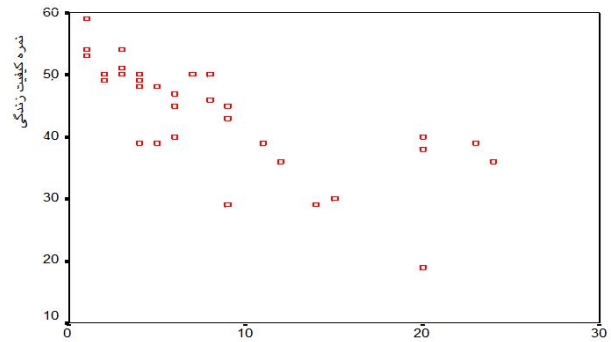
(نمودار ۱). در این نمودار محور عمودی نشان‌دهنده نمره کیفیت زندگی و محور افقی نشان‌دهنده مدت ابتلاء به

بین مدت ابتلاء به بیماری با نمره کیفیت زندگی ارتباط خطی معکوس و معنادار مشاهده شد ($p = 0.0001$, $t = 0.73$).

شده است، ثانیاً کیفیت زندگی، بعد از مداخله نسبت به قبل، ارتقای یافت. تفاوت اصلی پژوهش مسعودی با این مطالعه، اختلاف در وسعت کار بود. به طوری که در مطالعه مسعودی بر روی کیفیت روحی مبتلایان به MS کار شده، حال آن که تحقیق حاضر به بررسی ابعاد مختلف کیفیت زندگی پرداخته است. قاعدتاً در بیماری‌های مزمنی نظیر MS که ابعاد و جوانب مختلف زندگی تحت تأثیر قرار می‌گیرد (۱۵ و ۱۴)، مطالعه تمامی این ابعاد می‌تواند نگاه کل‌نگر و سلامت محور نسبت به موضوع مورد مطالعه را تأمین نموده و به کمک آن می‌توان برنامه مراقبتی جامع‌تری را جهت استفاده بیماران تهیه کرد (۱۶ و ۱۷). تفاوت عمده دیگری که تحقیق حاضر با پژوهش‌های ذکر شده دارد، این است که مطالعه حاضر در واقع یک برنامه مداخله‌ای آموزش محور است که در قالب مقایسه دو روش آموزشی چهره به چهره و بحث گروهی به اجرا درآمد. در مداخلات آموزشی سلامت محور، استفاده از روش آموزشی مناسب از اهمیت زیادی برخوردار است (۱۸) زیرا یک روش مناسب به انتقال بهتر محتوا کمک کرده و باعث کارایی هرچه بیشتر برنامه مداخله‌ای می‌شود (۱۱). از آنجا که معمولاً در اکثر مداخلات آموزشی از یکی از این دو شیوه استفاده می‌شود، این مطالعه، با هدف مقایسه این دو سبک آموزشی اجرا گردید.

نتایج این مطالعه نشان داد که هر یک از دو روش نه تنها باعث ارتقای کیفیت زندگی در مبتلایان به MS شده است، بلکه این افزایش در گروه آموزش چهره به چهره به نحو معناداری از گروه تحت آموزش به روش بحث گروهی، بیشتر است. در خصوص مقایسه این دو شیوه آموزشی در بیماری MS، تاکنون مطالعه‌ای در ایران انجام نشده است. اما تحقیقاتی که در زمینه‌های دیگر انجام شده، نتایج بعضاً متناقضی را به همراه داشته‌اند. از جمله، مطالعه قوام نصیری و همکاران که در آن تفاوت معناداری بین دو روش آموزش انفرادی و گروهی بر

بیماری (بر حسب ماه) می‌باشد. طبق این نمودار هر چقدر مدت ابتلا به بیماری بیشتر بوده کیفیت زندگی هم به همان نسبت کاهش یافته است. لازم به ذکر است این ارتباط در مورد سایر متغیرهای دموگرافیک بررسی نشد.



مدت ابتلا به بیماری (ماه)

نمودار ۱: پراکنش رابطه مدت ابتلاء به بیماری MS با نمره کیفیت زندگی

بحث

هدف پژوهش حاضر مقایسه دو روش آموزشی چهره به چهره و بحث گروهی بر ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بود. نتایج این مطالعه نشان داد که قبل از اجرای برنامه مداخله، میانگین نمرات ابعاد ۸ گانه کیفیت زندگی، در گروه آموزش چهره به چهره و بحث گروهی تفاوت معنادار نداشت، حال آن که بعد از اجرای برنامه مداخله، نمرات مربوط به این متغیرها، در هر دو گروه، نسبت به قبل از مداخله، به نحو معناداری افزایش یافته بود. این نتایج با مطالعه مسعودی و همکاران که به تأثیر برنامه آموزشی خود مراقبتی مبتنی بر الگوی اورم بر ابعاد روحی کیفیت زندگی در ۷۰ بیمار مبتلا به MS در تهران پرداختند، هم‌خوانی دارد. مطالعه مسعودی نشان داد که ابعاد روحی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به MS پس از برنامه آموزشی مبتنی بر الگوی اورم، نسبت به قبل، افزایش معنادار داشته است (۱). مشابهت مطالعه مسعودی با پژوهش حاضر در این است که در هر دو تحقیق، اولاً بر روی سازه کیفیت زندگی کار

کیفیت زندگی بیماران سرطانی تحت شیمی درمانی گزارش نشد (۹). حال آن که در پژوهش بریم نژاد و همکاران، آموزش گروهی در مقایسه با آموزش انفرادی، تأثیر بیشتری در پیگیری درمان در مصرف کنندگان وارفارین بعد از تعویض دریچه قلب، داشت (۱۰). این تفاوت‌ها می‌تواند دلایل زیادی داشته باشد. از جمله، تفاوت سن واحدهای مورد پژوهش، وضعیت اقتصادی بیماران، نوع حمایت‌های دریافت شده از جانب خانواده یا جامعه، و میزان مهارت آموزش‌دهنده در برقراری ارتباط با مددجویان. در مطالعه حاضر مددجویان در حین آموزش چهره به چهره فرصت بیشتری برای بیان دیدگاه‌های خود داشته و به راحتی می‌توانستند سؤالات و احیاناً مشکلات خود در مورد بیماری را بیان نمایند، این مسأله می‌تواند یکی از دلایل احتمالی تأثیر بیشتر آموزش چهره به چهره در مقایسه با بحث گروهی، بر کیفیت زندگی مددجویان باشد. از طرف دیگر از آنجا که اکثریت (۶۸/۸ درصد) واحدهای مورد پژوهش را مددجویان زن تشکیل می‌دادند، مداخله به گونه‌ای طراحی گردید که از آموزش‌دهنده همجنس در مورد آنان استفاده شود. شاید این مسأله در تفاهم ایجاد شده بین مشاور و مددجو، تأثیرگذار بوده و در ارتقای بیشتر کیفیت زندگی در گروه چهره به چهره نقش داشته است.

در نتایج مطالعه حاضر بین کیفیت زندگی و متغیرهایی نظیر سن و شغل ارتباط معناداری وجود داشت اما با متغیرهایی همچون تحصیلات، وضعیت تأهل و جنسیت ارتباط معنادار مشاهده نشد. در مورد همبستگی بین ویژگی‌های دموگرافیک با کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به MS در تحقیقات مختلف نتایج متناقضی به دست آمده است. به عنوان مثال، در مطالعه شریفی و همکاران که به بررسی عوامل مرتبط با عزت نفس در ۳۹۵ بیمار مبتلا به MS در تهران پرداختند، بین عزت نفس با سن، وضعیت تأهل، تحصیلات و شغل ارتباط معنادار گزارش شد. حال آن که این ارتباط در رابطه با متغیرهایی نظیر جنسیت و

درآمد معنادار نشد (۳). در مقابل، مطالعه کولمن و همکاران در آمریکا نشان داد که بین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به MS و مسائل مالی رابطه مستقیم وجود دارد (۲). یکی از یافته‌های جالب در این پژوهش این بود که فقط ۱۲/۹٪ از نمونه‌ها گزارش کردند که به علت بیماری MS شغل خود را از دست داده‌اند این یافته با مطالعه مورالس در اسپانیا که در آن تقریباً ۶۶٪ واحدهای مورد پژوهش به علت بیماری شغل خود را از دست داده بودند، متفاوت است (۱۴). علت این مسأله می‌تواند به شدت ناتوانی حاصل از بیماری برگردد، طبعاً هرچقدر شدت ناتوانی بیشتر باشد، احتمال از دست دادن شغل بیشتر خواهد بود (۱۹).

دیگر یافته این مطالعه، وجود ارتباط خطی معکوس و معنادار بین مدت ابتلا به بیماری با نمره کیفیت زندگی بود. این یافته نشان می‌دهد که هر چقدر از زمان ابتلای به بیماری می‌گذرد، کیفیت زندگی بیماران افت می‌کند. این مسأله با توجه به میانگین سنی مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس که معمولاً جوانان را گرفتار می‌نماید (۲۰)، قابل پیش‌بینی است. علاوه بر این، لزوم و اهمیت برنامه‌های آموزشی ارتقای‌دهنده کیفیت زندگی در این دسته از بیماران را مشخص می‌سازد. این نتایج با یافته‌های مطالعه شریفی و همکاران که به بررسی عوامل مرتبط با عزت نفس در ۳۹۵ بیمار مبتلا به MS در تهران پرداختند، هم‌خوانی دارد (۳).

در مورد ابعاد مختلف کیفیت زندگی، قابل ذکر است که در مرحله بعد از مداخله، نمره بعد درد در گروه آموزش به روش چهره به چهره کمتر از گروه آموزش به روش بحث گروهی بود که دلیل احتمالی آن تأثیر بیشتر روش چهره به چهره در مقایسه با بحث گروهی بر شاخص درد در مبتلایان بود. این نتایج، با مطالعه رامپلو و همکاران که به بررسی تأثیرات آموزش ورزش‌های ایروبیک بر میزان تحمل بیماران مبتلا به MS پرداختند هم‌خوانی دارد (۱۸). هم چنین انیس و همکاران نیز در کارآزمایی بالینی خود اشاره

بر اساس یافته‌های حاصل از این مطالعه می‌توان نتیجه‌گیری نمود که هر چند روش بحث گروهی در ارتقای کیفیت زندگی مبتلایان به MS مؤثر بوده اما این تأثیر به اندازه آموزش چهره به چهره نیست. بنابراین در مورد مولتیپل اسکلروزیس که بر ابعاد گوناگون کیفیت زندگی بیماران تأثیر می‌گذارد، استفاده از روش آموزش انفرادی چهره به چهره که بر رویکرد تعاملی قوی بین مشاور و مددجو استوار است، می‌تواند اثرات مؤثرتر و پربارتری بر کیفیت زندگی این مددجویان داشته باشد.

قدردانی

نویسندگان لازم می‌دانند از همکاری کلیه بیماران محترم که با وجود محدودیت‌های ناشی از بیماری، همکاری صمیمانه‌ای با مجریان پژوهش داشتند، تشکر و قدردانی نمایند.

نمودند که در آموزش به بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروز استفاده از شیوه چهره به چهره در مقایسه با بحث گروهی مؤثرتر بوده است (۲۱).

لازم به ذکر است یکی از محدودیت‌های اصلی مطالعه حاضر، عدم بررسی شدت بیماری MS در نمونه‌های پژوهش به علت وجود محدودیت زمانی بود، به همین دلیل امکان مقایسه شدت بیماری و تأثیر آن بر کیفیت زندگی، با مطالعات دیگر، وجود ندارد.

از محدودیت‌های اجرایی این مطالعه، دشواری در شرکت در جلسات گروهی برای بیمارانی که از شهرها یا استان‌های مجاور به انجمن MS مراجعه می‌نمودند، بود. بر همین اساس پیشنهاد می‌شود در هنگام برنامه‌ریزی مداخلات آموزش محور مبتنی بر توانمندسازی مبتلایان به MS از روش چهره به چهره بیشتر استفاده گردد.

نتیجه‌گیری

منابع

- Masoodi R, Kheyri F, Safdary A. [Effect of self-care program based on the Orem frame work on self concept in multiple sclerosis patients]. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*. 2010; 12(3): 37-44. [Persian]
- Coleman C, Sidovar M, Roberts M, Kohn C. Impact of Mobility Impairment on Indirect Costs and Health-Related Quality of Life in Multiple Sclerosis. *PLOS ONE*. 2013; 8(1): e54756.
- Sharifi Neyestanak ND, Ghodoosi Boroojeni M, Seyedfatemi N, Heydari M, Hoseini AF. [Self Esteem and its Associated Factors in Patients with Multiple Sclerosis]. *Iran Journal of Nursing*. 2012; 25(78): 14-22. [Persian]
- Taraghi Z, Ilali E, Abedini M, Zervani A, Khoshnama I, Mohammadpour RA. [Quality of Life among Multiple Sclerosis Patients]. *Iran Journal of Nursing*. 2007; 20(50): 51-59. [Persian]
- Bethoux F, Bennett S. Evaluating walking in patients with multiple sclerosis. *Int J MS Care*. 2011; 13(1): 4-14.
- Kikuchi H, Mifune N, Niino M, Kira J, Kohriyama T, Ota K, et al. Structural equation modeling of factors contributing to quality of life in Japanese patients with multiple sclerosis. *BMC Neurology*. 2013; 13: 10.
- Payamani F, Nazari AA, Noktehdan H, Ghadiriyan F, Karami K. [Complementary Therapy in Patients with Multiple Sclerosis]. *Iran Journal of Nursing*. 2012; 25(77): 12-20. [Persian]
- Mohammadi RN, Afshar H. [Determination Psychological and social factors stressful in multiple sclerosis patients]. *THE QUARTERLY JOURNAL OF FUNDAMENTALS OF MENTAL HEALTH*. 2009; 4(40): 305-310 (Persian).
- Gavam Nasiri MR, Heshmati Nabavi F, Anvari K, Habashi Zadeh A, Moradi M, Negabi Gh, et al. [The effect of individual and group self-care education on quality of life in patients receiving chemotherapy: a randomized clinical trial]. *Iranian Journal of Medical Education*. 2011; 11(8): 874-84. [Persian]
- borimnejad L, Assemi S, Samiei S, Haghani H. [Comparison of group and individual training on the

- patients' compliance and incidence of warfarin side effects after cardiac valve replacement]. *Iranian Journal of Medical Education*. 2012; 12(1): 10-18. [Persian]
11. Mousavi SS, Sabzevari S, Abbaszade A, Hosseinnakhaei F. [The effect of pregnancy face to face education to reduce depression and anxiety in open heart surgery adult patient in shafa hospital in kerman, 2008]. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2011; 6(21): 29-38. [Persian]
 12. Shirazi M, Anousheh M, Rajab A. [The effect of elf-care program education through group discussion method on knowledge and practice in diabetic adolescent girls referring to Iranian diabetes society]. *Iranian Journal of Medical Education*. 2010; 10(5): 982-94. [Persian]
 13. Benedict RHB, Wahling E, Munschauer F, Zivadinov R, Bakshi R, Fishman I, et al. Predicting quality of life in multiple sclerosis: for physical disability, fatigue, cognition, mood disorder, personality, and behavior change. *J Neurol Sci*. 2005; 231(1-2): 29 – 34.
 14. Morales-Gonzales JM, Benito –leona J, Rivera-Navaro J, Mitchell AJ. A systematic approach to analyse health related quality of life in MS. *Mult sclera*. 2004; 10(1): 47-54.
 15. Irvine H, Davidson C, Hoy K, Lowe-Strong A. Psychosocial adjustment to multiple sclerosis: exploration of identity redefinition. *Disabil Rehabil*. 2009; 31(8): 599-606.
 16. Kobelt G, Berg J, Lindgren P, Fredrikson S, Jonsson B. Costs and quality of life of patients with multiple sclerosis in Europe. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2006; 77(8): 918–926.
 17. Zwibel HL, Smrtka J: Improving quality of life in multiple sclerosis: an unmet need. *Am J Manag Care*. 2011; 17(Suppl 5): S139–S145.
 18. 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): 545-555.
 19. Sutherland G, Andersen BM, 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.
 20. Spiro DB. Early Onset Multiple Sclerosis: A Review for Nurse Practitioners. *J Pediatr Health Care*. 2012; 26(6): 399-408.
 21. Ennis M, Thain J, Boggild M, Baker GA, Young CA. A randomized controlled trial of a health promotion education programme for people with multiple sclerosis. *Clin Rehabil*. 2006; 20(9): 792-783.

Comparing the Effect of Face to Face and Group Discussion Teaching Methods on Quality of Life Improvement among Patients Suffering from Multiple Sclerosis

Hamidreza Zendehtalab¹

Abstract

Introduction: The ultimate goal of care programs for patients with MS is to improve their quality of life (QOL). Nowadays, a variety of methods are used for providing health-oriented programs. This study was conducted to compare the effect of face to face and group discussion teaching methods on improving the quality of life among patients suffering from MS.

Methods: This quasi-experimental two group study of before-after intervention type was conducted on a convenient sample of 70 patients who visited Mashhad MS Society within 2011-2012. Participants were randomly allocated into two groups (n=35). Their QOL was assessed using standard questionnaire of SF-36 which its reliability and validity have been confirmed in previous studies. Then intervention was completed by performing either face to face or group discussion teaching. One month later, QOL was assessed again. Data was analyzed using independent and paired t-test, χ^2 at 95% significance level.

Results: Before intervention, total score of QOL was 41.6 ± 4.7 (out of 100) for face to face group and 40.8 ± 4.5 for group discussion group. These scores showed a significant increase after intervention (56.3 ± 5.1 and 50.4 ± 4.7 , respectively). According to the results of independent and paired t-test, the scores for different subscales of QOL significantly increased in both groups after intervention and this increase was higher for face to face group ($P < 0.05$). A significant difference was observed in QOL according to age and employment status. This is while no significant difference was observed in QOL in different states of educational level, marital status, and gender ($P < 0.05$).

Conclusion: Provided availability of sufficient resources, face to face teaching self-care programs prove more helpful compared to group discussion programs for chronic disease sufferers such as MS.

Keywords: Face to Face Training, Group Discussion Training, Multiple Sclerosis, Quality of Life.

Addresses:

(*) Instructor, Department of Hygiene, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran. E-mail: zendehtalabhr@mums.ac.ir