

بررسی تاثیر تکنیک آب درمانی بر خستگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

سمیه غفاری*، فضل الله احمدی**، سید مسعود نبوی***

چکیده

سابقه و هدف: خستگی یکی از علائم شایع بیماری مولتیپل اسکلروزیس (ام اس) می باشد که باعث ایجاد اختلالات شدید و تاثیرات مخرب بر عملکرد روزانه، فعالیتهای شغلی و اجتماعی و در کل احساس خوب بودن در مبتلایان به این بیماری می گردد. از طرفی علائم متعدد ام اس تحت تاثیر یکدیگر و درمانهای دارویی گوناگون قرار می گیرند، لذا درمانهای غیر دارویی برای کنترل علائم ام اس پیشنهاد می گردد. هدف از این مطالعه بررسی تاثیر روش آب درمانی به عنوان یک روش درمانی مکمل بر خستگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس می باشد.

مواد و روش ها: این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی است. که پس از نمونه گیری به روش آسان، نمونه ها به صورت تصادفی در دو گروه شاهد و آزمون تخصیص داده شدند. روش کار در این مطالعه به صورت برگزاری یک جلسه توجیهی به منظور آشنایی نمونه ها با اهداف و روش مداخله و ۲۴ جلسه انجام آب درمانی توسط گروه آزمون در مدت سه ماه بود در صورتیکه برای گروه شاهد هیچگونه مداخله ای انجام نشد. ابزارهای جمع آوری اطلاعات شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، ابزار سنجش شدت خستگی (FSS) و چک لیست های خود گزارش دهی بود.

یافته ها: در این پژوهش ۵۰ نفر (۲۵ نفر گروه شاهد و ۲۵ نفر گروه آزمون) شرکت داشتند. آزمون آماری تی مستقل بین میانگین امتیاز خستگی قبل از مداخله تفاوت معنی داری را بین دو گروه نشان نمی دهد ولی چهار هفته، هشت هفته و دوازده هفته بعد از مداخله این تفاوت بین دو گروه شاهد و آزمون معنی دار می باشد ($P < 0/05$). همچنین آزمون آماری آنالیز واریانس با اندازه گیری های مکرر تفاوت معنی داری را از نظر میزان خستگی بین دو گروه شاهد و آزمون در چهار بار اندازه گیری نشان می دهد ($P < 0/05$).

استنتاج: انجام روش آب درمانی در بیماران ام اس توانست باعث کاهش شدت خستگی در این بیماران گردد، لذا انجام این تکنیک به عنوان یک روش موثر، مقرون به صرفه در هزینه و زمان، همچنین داشتن قابلیت یادگیری و اجرای آسان به بیماران مبتلا به ام اس توصیه می گردد.

واژه های کلیدی: آب درمانی، خستگی، مولتیپل اسکلروزیس.

* مؤلف مسئول: فسا- دانشگاه علوم پزشکی فسا، دانشکده پرستاری

E-mail: ghafari_somayeh@yahoo.com

** دکترای آموزش پرستاری، دانشیار دانشکده پزشکی دانشگاه تربیت مدرس

* کارشناس ارشد پرستاری، مربی دانشگاه علوم پزشکی فسا

*** متخصص مغز و اعصاب، استادیار دانشگاه علوم پزشکی شاهد

تاریخ تصویب: ۸۷/۷/۳

تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۸۷/۵/۱۳

تاریخ دریافت: ۸۷/۳/۶

مقدمه

مولتیپل اسکلروزیس (ام اس)^۱ یک بیماری مزمن پیشرونده سیستم عصبی مرکزی با علائم متفاوت و ناتوان کننده فیزیکی و روان شناختی می باشد که از میان این علامت در این بیماران می باشد (۱). بیماری ام اس غیر قابل پیش بینی و یکی از مهمترین بیماریهای تغییر دهنده زندگی فرد می باشد. زیرا که معمولاً به بهترین دوران زندگی فرد صدمه می زند و به تدریج به سمت ناتوانی پیش می رود و درمان قطعی ندارد (۲). شایعترین سن شروع بیماری ۲۰ تا ۴۰ سال می باشد (۳). در نتیجه این بیماری به نیروهای مولد جامعه آسیب رسانده و این ضایعه متوجه کل افرادی است که در اجتماع زندگی می کنند. انجمن ملی مولتیپل اسکلروزیس آمریکا؛ در سال ۲۰۰۱ اعلام کرد که، در حدود ۲/۵ میلیون نفر در دنیا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس مبتلا هستند و هر هفته ۲۰۰ نفر به آنها اضافه می شود و ۸۰ درصد مبتلایان به این اختلال درجاتی از ناتوانی را دارا می باشند (۴). میزان مرگ و میر بر اثر مولتیپل اسکلروزیس در آمریکا در طول دو دهه گذشته در حدود ۲۵ درصد افزایش یافته است در نتیجه با توجه به گسترش روز افزون، میزان مرگ و میر بالا، صرف هزینه های کلان، مشکلات متعدد و گوناگون بیماران مولتیپل اسکلروزیس، توجه و رسیدگی به این بیماران و تلاش در جهت کاهش مشکلات و علائم این بیماران امری ضروری می باشد (۵). بیش از ۹۰ درصد بیماران مبتلا به ام اس خستگی را تجربه می کنند و ۶۰-۵۰ درصد آنها، این مشکل را بدترین علامت بیماری معرفی می نمایند که به شدت بر فعالیت، عملکرد روزانه و کیفیت زندگی بیماران اثر می گذارد (۶). نتایج مطالعات پیتون و یوویچ (۲۰۰۶) و متیووتز نشان داد که خستگی به عنوان یکی از

شایعترین علائم در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، باعث کاهش سطح فعالیت‌های روزمره زندگی و کیفیت زندگی بیماران می گردد (۸،۷). در واقع خستگی مرتبط با بیماری ام اس یک فقدان انرژی غیر طبیعی عمومی است که به طور قابل توجهی توانایی جسمی و ذهنی فرد را بدون توجه به سطح ناتوانی نورولوژیک محدود می کند، این خستگی بر توانایی حرکتی و شناختی اثر می گذارد و می تواند به صورت کاهش انرژی، احساس ناخوشی، ضعف حرکتی، مشکل در حفظ تمرکز تظاهر نماید (۹). اگر چه خستگی را می توان با دارو تا حدودی کنترل کرد اما تشخیص دقیق و درمان موثر آن، مشکل است، این امر دلایل متعددی دارد شامل طبیعت ذهنی و غیر اختصاصی خستگی، تظاهرات گوناگون آن، شباهت آن به اختلالات روانی، حرکتی، شناختی، تنفسی و وضعیت های غیر وابسته به ام اس، همچنین فقدان درک از اتیولوژی دقیق آن (۱۰). از طرفی دارو درمانی نیز خود دارای عوارض و مشکلات زیادی می باشد. با توجه به مشکلات و عوارض زیاد ناشی از دارو درمانی استفاده از روشهای غیر دارویی که بتوانند باعث کاهش خستگی بیماران مبتلا به ام اس، منطقی به نظر می رسد. در سالهای اخیر روشهای غیر دارویی، توجه کلیه بیماران من جمله مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس را به خود جلب نموده است که تحت عنوان درمانهای تکمیلی (Complementary therapies) شناخته می شوند. درمانهای تکمیلی، درمانهایی با ماهیت جامع نگر می باشد که برای افزایش آسایش جسمی و روانی بیمار استفاده می شود (۱۱). نشان داده شده است تدابیر غیر دارویی مانند نوتوانی، ورزش و استراحت در درمان خستگی بسیار سود مند است (۱۲). درمانهای مکمل دارای فوائد زیادی برای بیماران مبتلا به ام اس می باشند

^۱ Multiple sclerosis (MS)

تفاوت محسوسی نداشته باشد، صورت گیرد. همچنین انجام حرکات ورزشی در آب در هر جلسه باید از حرکات سبک و راحت شروع شود و بتدریج به سمت حرکات سنگین تر پیش رود (۱۸). عنوان شده است که آب درمانی می تواند تاثیرات مثبتی بر روی درد، قدرت و انعطاف پذیری اسکلتی - عضلانی، عملکرد، اعتماد به نفس، تعادل و تناسب بدن و کاهش عود حملات در بیماریهای مزمن مانند: روماتیسم، آرتريت، کمردرد و همچنین در بیماریهای سیستم عصبی مرکزی مانند ام اس، سکته مغزی داشته باشد (۱۹). مک کلین و رابرتسون (۱۹۹۸) در تحقیق خود نشان دادند که آب درمانی یک روش مفید و مقرون به صرفه در کنترل علائمی مثل درد، اسپاسم عضلانی، اختلال در عملکرد و عدم تعادل می باشد (۱۷). لازم به ذکر است که آموزش و انجام آب درمانی فقط توسط فیزیوتراپیست ها صورت نمی گیرد، و پرستاران می توانند به خوبی این کار را انجام دهند (۱۹). علی رغم فواید ذکر شده و توانایی پرستاران در انجام آب درمانی و از طرفی تمایل بیماران به انجام ورزش در آب نسبت به خشکی ولی متأسفانه تحقیقات کمی در این زمینه انجام شده است (۱۹). و تحقیقات انجام شده نیز اثرات آب درمانی را بر سایر علائم مانند اسپاسم های عضلانی، درد، قدرت و انعطاف پذیری عضلانی اسکلتی و مشکلات روحی روانی مانند اضطراب، کاهش یا عدم اعتماد به نفس و اغلب در سایر بیماریها مورد بررسی قرار داده اند که تمام علائم ذکر شده به صورت مستقیم یا غیر مستقیم می توانند بر میزان و شدت خستگی تاثیر گذار باشند و با توجه به اینکه خستگی یکی از شایعترین و آزاردهنده ترین علامت در بیماران مبتلا به ام اس است و گرما در تشدید خستگی بیماران نقش بسزایی دارد و مسلماً انجام حرکات ورزشی در خشکی با افزایش دمای بدن بیمار توأم خواهد بود و متنوع بودن روشهای انجام آب

و به طور گسترده ای توسط این بیماران استفاده می شود (۱۴،۱۳). در مطالعات عنوان شده که نزدیک به یک سوم بیماران ام اس از درمانهای مکمل علی رغم درمانهای رایج و متداول بهره می برند. همچنین مقبولیت استفاده از درمانهای تکمیلی در سیستم بهداشتی نیز افزایش یافته است و استفاده از مداخلات غیر دارویی برای تکمیل طب پیشرفته در بین پرستاران در تجارب بالینی در حال گسترش است (۱۵). درمانهای مکمل می توانند روند و سیر بیماری ام اس را کند سازند، تعداد حملات را کاهش دهند و شروع ناتوانی همیشگی را به تاخیر اندازند (۱۶). آب درمانی یک روش درمانی غیر دارویی مناسب می باشد که می تواند باعث کاهش درد، افزایش قابلیت انعطاف پذیری عضلات و استخوانها و در نتیجه کاهش اسپاسم های عضلانی استخوانی و افزایش قدرت و توان فرد می شود. ورزش در آب باعث کاهش ضربان قلب، بار کاری قلب، میزان اکسیژن مصرفی در طول حرکات نسبت به ورزش در خشکی می شود (۱۷). نتایج تحقیق بارکر و همکاران (۲۰۰۳) نشان داد که آب درمانی در طول ۸ هفته و هر هفته ۲ جلسه، توانست میزان خستگی بیماران مبتلا به کمر درد مزمن را که در نتیجه درد، اسپاسم های عضلانی و ناتوانی در انجام کارهای روزانه بود را کاهش دهد. از طرفی بیماران در این تحقیق عنوان کردند که انجام حرکات ورزشی در آب برای آنها بسیار راحتتر از انجام این حرکات در خشکی می باشد به گونه ای که حتی گاهی قادر به انجام این حرکات در خشکی نمی باشند. در این تحقیق عنوان شده است که تنظیم میزان و شدت حرکات ورزشی در آب بهتر است بر اساس توان و تحمل بیمار برای انجام حرکات در آب، نداشتن مشکلات تنفسی و درد بیشتر و با توجه به تعداد ضربان قلب بعد از انجام آب درمانی و مقایسه آن با تعداد ضربان قبل از انجام آب درمانی به گونه ای که

جهت تعیین تعداد نمونه در کارآزمایی بالینی (۲۰) تعداد نمونه ها ۲۵ نفر در هر گروه مشخص گردید که با توجه به ریزش احتمالی نمونه ها (به هر علت) تعداد نمونه ها برای هر یک از گروه های شاهد و آزمون ۳۰ نفر در نظر گرفته شد که تا آخر مطالعه ۱۰ نفر ریزش وجود داشت و در نهایت مطالعه بر روی ۵۰ بیمار انجام گرفت. انتخاب بیماران به صورت در دسترس (آسان)^۲ انجام پذیرفت و سپس به صورت تصادفی^۳ در دو گروه شاهد و آزمون تخصیص داده شدند. نمونه های گروه آزمون در ۲ گروه ۸ نفره و یک گروه ۹ نفره تقسیم بندی شدند. و یک جلسه برای تمام نمونه ها در گروه آزمون جهت دادن اطلاعاتی در زمینه پژوهش، هدف از انجام آن و تا حدودی روش آب درمانی و فواید آن در نظر گرفته شد. در مورد طول و مدت زمان انجام آب درمانی تحقیقات نشان داده اند که آب درمانی از ۴ روز تا ۳۶ هفته، با میانگین ۹،۹ هفته و با تناوب هر روز یک مرتبه تا هفته ای یک بار با میانگین ۶ و دوبار در هفته انجام شده است (۱۹). در تحقیق حاضر بر اساس عوامل متعدد مانند: هزینه، محدودیت زمان و مشکلات موجود در رفت و آمد بیماران به استخر، آب درمانی ۲ بار در هفته (یکشنبه ها، سه شنبه ها یا پنجشنبه ها) به مدت ۱۲ هفته انجام شد. تمرینات هر جلسه توسط محقق و متخصص تربیت بدنی و با هماهنگی پزشک معالج و بر اساس توانایی بیماران در انجام حرکات (در یک جلسه توسط ۱۰ بیمار به صورت پیلوت حرکات ورزشی را انجام دادند و در انجام حرکات در آب هیچگونه مشکل خاصی که مانع از ادامه کار شود را نداشتند در صورتی که بعضی از بیماران عنوان می کردند که انجام این حرکات در خشکی برای آنها دشوار است و تا حدودی باعث افزایش درجه حرارت و سریعتر خسته شدن آنها می گردد در جلسات ۶۰ دقیقه ای تنظیم گردید و تحت

درمانی، تفاوت این مطالعه با مطالعات قبلی که بر روی سایر علائم و اغلب در سایر بیماریها و با روشهای متنوع بوده، محسوس می باشد و اهمیت انجام این تحقیق ضروری به نظر می رسد. و از طرفی مزایای استفاده از تکنیک روش آب درمانی شامل آموزش راحت، صرفه جویی در هزینه ها، عدم نیاز به تجهیزات ویژه و امکان اجرای آسان توسط بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس و (۱۹) همچنین نقش حساس پرستاران در کنترل خستگی بیماران مبتلا به ام اس پژوهشگر را بر آن کرد که تاثیر روش آب درمانی را بر خستگی بیماران مبتلا به ام اس مورد بررسی قرار دهد. هدف از انجام این پژوهش بررسی تاثیر آب درمانی بر خستگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس است.

مواد و روش ها

این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی می باشد که در فاصله اردیبهشت ماه تا مرداد ماه سال ۱۳۸۶ انجام شد. جامعه آماری این پژوهش شامل تمام بیماران ۴۵-۲۰ ساله مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس عضو انجمن ام اس ایران بودند که این بیماران تحت درمان و بدون تغییرات دارویی در طول دوره مطالعه بوده و امتیاز وضعیت گسترش ناتوانی^۱ (EDSS) آنها ۵/۵-۰ بود معیارهای عدم انتخاب نیز شامل موارد زیر می باشند: سابقه انجام فعالیت ورزشی خاص در طی شش ماه گذشته، ابتلا به سایر اختلالات حاد یا مزمن جسمی (مانند بیماریهای ناتوان کننده قلبی، تنفسی، کبدی، اسکلتی عضلانی، کلیوی)، ذهنی یا روانی مانند افسردگی شدید (با استفاده از پرسشنامه سنجش افسردگی، همچنین نظر پزشک معالج)، اختلال تکلم و یا شنوایی، نداشتن سواد خواندن و نوشتن جهت تکمیل پرسشنامه های پژوهش. با استفاده از روش پوکاک و جدول آماری گیگی

² Convenient

³ Random Allocation

¹ Expanded Disability Status Scale (EDSS)

شدت خستگی^۱ و چک لیستهای خود گزارش دهی بودند.

ابزار سنجش شدت خستگی در سال ۱۹۸۸ توسط یک پزشک نورولوژیست به نام کروپ^۲ برای سنجش خستگی در بیماران مبتلا به ام اس ساخته شد (۲۱). این ابزار یکی از مقیاسهای بسیار معتبر برای سنجش شدت خستگی در بیماران مبتلا به ام اس می باشد. ابزار FSS خستگی را به صورت کلی و با سرعت در این بیماران می سنجد، به طوری که نمره حاصل از آن با میزان و شدت خستگی بیمار کاملاً متناسب است، بیماران را خسته تر نمی نماید، برای تمام بیماران قابل فهم است و ۹۸ درصد بیماران بدون نیاز به کمک قادر به پاسخگویی به سوالات آن هستند. این مقیاس مشتمل بر ۹ سوال است که ۵ سوال آن بیش از کمیت، کیفیت خستگی را می سنجد، ۳ سوال خستگی فیزیکی، ذهنی و نتایج خستگی بر وضعیت اجتماعی فرد را می سنجد و یک سوال هم شدت خستگی را با دیگر علائم موجود در فرد مبتلا به ام اس مقایسه می کند. امتیاز مربوط به هر سوال ۷-۱ می باشد، نمره ۱ بدان معنی است که فرد قویاً با آن حالت مخالف است و نمره ۷ یعنی شخص کاملاً موافق است. نمره کل از تقسیم جمع نمرات بر ۹ محاسبه می شود؛ این نمره نیز بین ۷-۱ می باشد که امتیاز ۷ نشان دهنده بالاترین میزان خستگی و امتیاز یک بیانگر فقدان خستگی می باشد. افراد با خستگی مرتبط با بیماری ام اس تقریباً نمره ۵/۱ و افرادی که خستگی را تجربه نمی کنند تقریباً نمره ۲/۸ را کسب می کنند. تکمیل این ابزار کمتر از ۵ دقیقه طول می کشد و بیماران بایستی با توجه به دو هفته اخیر به سوالات پاسخ دهند (۲۱). اعتبار صوری و اعتبار محتوی مربوط به پرسشنامه دموگرافیک و ابزار سنجش شدت خستگی توسط ده نفر از اساتید محترم پرستاری دانشگاه تربیت

نظارت و با نظارت محقق در طی ۲۴ جلسه توسط بیماران انجام گرفت. در هر جلسه ۶۰ دقیقه ای آب درمانی تمرینات و حرکات در چهار قسمت به صورت زیر انجام می گرفت:

۱) حرکات گرم کننده (۵ دقیقه) که شامل راه رفتن به سمت جلو، عقب و طرفین همراه با حرکات دستها می شد. طول مسافت راه رفتن در آب ۴۸ متر (۴ مرتبه عرض استخر) در قسمت کم عمق استخر (ارتفاع آب تا زانو) بود.

۲) حرکات کششی (۱۶ دقیقه) که شامل کشش عضلات کف دستها، عضله دو سر و سه سر بازو، عضلات کتف ها، شکم و کمر، عضله چهار سر ران و عضله خم کننده لگن در آب می گردید.

۳) ورزشهای ایروبیک (۳۰ دقیقه) که شامل ۹ مرحله بود. ۴) حرکات شل کننده (۱۳ دقیقه): مددجو با گرفتن میله های کنار استخر و با کمک محقق خود را تا جای امکان به حالت کاملاً شل و شناور بر روی آب قرار می داد و محقق از بیماران می خواست کاملاً راحت تنفس نمایند، به موضوعات خوشایند فکر کنند و در این حال به ماساژ پاها، شکم و ران بیماران در آب می پرداخت.

لازم به ذکر است که در مورد گروه شاهد هیچگونه مداخله ای صورت نگرفت. ابزار جمع آوری اطلاعات در این پژوهش شامل پرسشنامه اطلاعات فردی مبنی بر دو قسمت خصوصیات دموگرافیک (سن، جنس، قد، وزن، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، تعداد فرزندان، شغل، کفایت درآمد، نوع حمایت مالی) و اطلاعات مربوط به بیماری (طول مدت ابتلا، دفعات عود بیماری و دفعات بستری در بیمارستان طی یک سال اخیر، اولین علامت بیماری، مهمترین مشکل ناتوان کننده بیماری، ابتلا به سایر بیماریها، نوع داروی مصرفی، نوع مولتیپل اسکلروزیس، وضعیت گسترش ناتوانی)، ابزار سنجش

¹ Fatigue Severity Scale (FSS)

² Lauren Krupp

یافته ها

در این پژوهش ۵۰ نمونه شرکت داشتند. نمونه های مورد پژوهش از نظر اطلاعات دموگرافیک مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. تمام نمونه ها زن، ۴۶ درصد (۲۳ نفر) مجرد و ۵۴ درصد (۲۷ نفر) متأهل، ۱۴ درصد (۷ نفر) دارای تحصیلات زیر دیپلم، ۴۲ درصد (۲۱ نفر) دیپلم و ۴۴ درصد (۲۲ نفر) بالای دیپلم می باشند. ۶۸ درصد (۳۴ نفر) نمونه ها تحت بیمه بیماریهای خاص، ۲۰ درصد (۱۰ نفر) بیمه خانواده و ۱۲ درصد (۶ نفر) بیمه کارفرما بودند.

تجزیه و تحلیلهای آماری در مورد اطلاعات مربوط به بیماری نشان داد که: ۷۲ درصد (۳۶ نفر) نمونه ها به ام اس خاموش شونده- عود کننده^۶ و ۲۸ درصد (۱۴ نفر) به نوع پیشرونده ثانویه^۷ مبتلا بودند. ۵۴ درصد (۲۷ نفر) بدون سابقه بستری، ۳۴ درصد (۱۷ نفر) یک بار و ۱۲ درصد (۶ نفر) بیش از یک بار سابقه بستری در طول یک سال گذشته داشتند. ۴۲ درصد (۲۱ نفر) از نمونه ها از داروهای متعادل کننده بیماری^۸، ۲ درصد (۱ نفر) از داروهای علامتی، ۴۰ درصد (۲۰ نفر) از داروهای ترکیبی و ۱۶ درصد (۸ نفر) از هیچ نوع دارویی استفاده نمی کردند. میانگین و انحراف معیار سن، شاخص توده بدنی^۹، طول مدت بیماری و وضعیت گسترش ناتوانی در واحدهای مورد پژوهش به ترتیب $۵/۷۴ \pm ۲۸/۹$ ، $۴/۳۰ \pm ۲۳/۲۴$ ، $۱/۳۷$ و $۵/۱۲ \pm ۱/۵۴$ می باشد. یکسانی دو گروه شاهد و آزمون در زمینه متغیرهای کیفی با آزمون آماری کای^۲ و در زمینه متغیرهای کمی با آزمون آماری تی مستقل ثابت شد (جدول شماره ۱). همچنین نتایج حاصل از چک لیستهای خود گزارش دهی نشان داد که ۸۲ درصد بیماران در گروه آزمون در جلسات آب درمانی به طور مرتب شرکت کردند.

مدرس و دانشگاه تهران مورد تائید قرار گرفت. جهت تعیین پایایی ابزار FSS از روش آزمون مجدد استفاده گردید. بدین ترتیب که پرسشنامه مذکور در دو نوبت و به فاصله ۷ روز توسط ۱۵ نفر از بیماران مبتلا به ام اس واجد شرایط تکمیل شده و با $r = ۰/۸۳$ مورد تایید قرار گرفت و با هدف ارزیابی سطح خستگی بیمار در سه مرحله قبل، یک و دو ماه بعد از مطالعه توسط هر دو گروه شاهد و آزمون تکمیل گردید. لازم به ذکر است که در این مطالعه، شدت ناتوانی بیماران با استفاده از ابزار EDSS و توسط پزشک نورولوژیست اندازه گیری شد. ابزار EDSS شدت ناتوانی فیزیکی و نورولوژیکی را در ام اس اندازه گیری می کند و عملکرد مسیرهای هرمی، مخ، ساقه مغز، مخچه و حس ها را مورد بررسی قرار می دهد. امتیاز آن ۱۰-۰ می باشد که ۰ نشاندهنده نداشتن هیچگونه مشکل یا اختلال فیزیکی در زمینه عملکرد سیستم ها و ۱۰ نشاندهنده ناتوانی بسیار شدید می باشد (۲۲). لازم به ذکر است که قبل از شروع مداخله به بیماران اطمینان داده شد که اطلاعات مربوط به آنها به صورت کاملاً محرمانه و بدون نام مورد بررسی قرار خواهد گرفت و در نهایت به صورت کلی (نه موردی) گزارش خواهد شد. به پرسنل شاغل در محیط پژوهش نیز در مورد آگاه شدن آنها از نتایج پژوهش اطمینان داده شد. در نهایت داده های خام با استفاده از بسته آماری رشته های علوم اجتماعی^۱ آزمون های آماری تی زوجی^۲، تی مستقل^۳، آنالیز واریانس با اندازه گیریهای مکرر^۴ و تعیین همبستگی^۵ متغیرها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت خلاصه کردن و دسته بندی داده ها نیز جداول توزیع فراوانی مورد استفاده قرار گرفتند.

¹ Statistical Package for Social Sciences (SPSS 11/5)

² Paired t-test

³ Independent t-test

⁴ ANOVA with repeated measurements

⁵ correlation

⁶ Relapsing- Remitting Multiple Sclerosis (RR MS)

⁷ Secondary Progressive Multiple Sclerosis (SP MS)

⁸ Disease Modifying Drugs (DMD)

⁹ Body Mass Index (BMI)

جدول شماره ۱: مقایسه متغیرهای کیفی و کمی در دو گروه

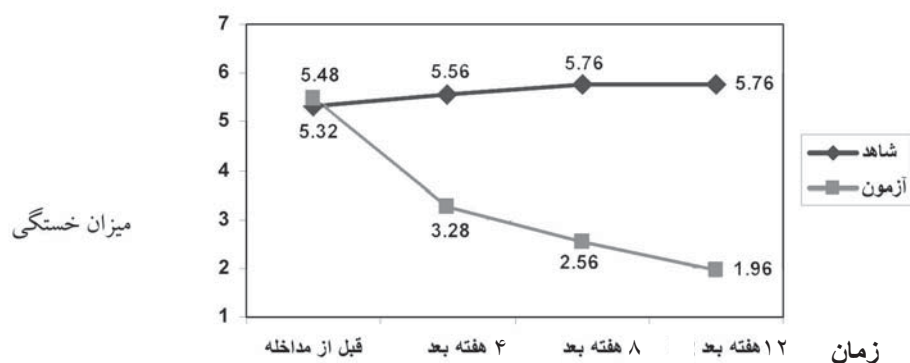
متغیرهای		مورد مطالعه	
متغیرهای	χ^2	P	متغیرهای
وضعیت تاهل	۰/۷۲	۰/۳۹	سن
تحصیلات	۰/۳۷	۰/۸۳	شاخص توده بدنی
شغل	۰/۷۲	۰/۹۹	طول مدت ابتلا
کفایت درآمد	۰/۵۲	۰/۷۶	وضعیت گسترش
نوع داروی مصرفی	۲/۱۰	۰/۳۵	میزان خستگی
نوع ام اس	۰/۳۹	۰/۷۵	
دفعات عود در ۱ سال اخیر	۴/۸۰	۰/۱۸	
دفعات بستری در ۱ سال اخیر	۱/۰۵	۰/۵۸	

با استفاده از آزمون آماری تی مستقل مشخص شد که تفاوت معنی داری در میانگین امتیاز خستگی بین دو گروه شاهد و آزمون قبل از مطالعه وجود ندارد ($P > 0/05$). ولی چهار، شش و دوازده هفته بعد از مداخله این تفاوت بین دو گروه تحت پژوهش معنی دار است ($P < 0/05$) و شدت خستگی در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد به میزان ۱۷/۵۷ درصد کاهش داشته است (جدول شماره ۲).

آزمون آماری آنالیز واریانس با اندازه گیری های مکرر تفاوت معنی داری را از نظر میانگین امتیاز خستگی بین دو گروه مورد مطالعه در چهار بار اندازه گیری نشان داد ($P < 0/0001$). (جدول شماره ۲ و نمودار شماره ۱).

جدول شماره ۲: تفاوت میانگین میزان خستگی در دو گروه شاهد و آزمون در چهار زمان مختلف

Repeated Measurement		Independent t-test		Mean (SD)	n	گروه	زمان	متغیر
بین گروهها	بین بیماران	شاهد	آزمون					
F=۹۸/۴۲	Wilks' Lambda	Wilks' Lambda	P=۰/۰۰۰۱	۰/۱۳	۵/۳۲(۱/۰۶)	شاهد	قبل	میزان خستگی
				۰/۰۴	۵/۴۸(۰/۷۱)	آزمون	قبل	
P=۰/۰۰۰۱	F=۱۷۲/۴۶	F=۵/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۰۴	۵/۵۶(۱/۰۰)	شاهد	۴ هفته بعد	
				۰/۰۰۱	۳/۲۸(۰/۷۳)	آزمون	۴ هفته بعد	
				۰/۰۰۰۱	۵/۷۶(۱/۰۹)	شاهد	۸ هفته بعد	
				۰/۰۰۰۱	۲/۵۶(۰/۶۵)	آزمون	۸ هفته بعد	
				۰/۰۰۰۱	۵/۷۶(۱/۰۹)	شاهد	۱۲ هفته بعد	
				۰/۰۰۰۱	۱/۹۶(۰/۶۱)	آزمون	۱۲ هفته بعد	



نمودار شماره ۱. میزان خستگی در چهار زمان مختلف در دو گروه شاهد و آزمون

Repeated measurement (Between Groups) $\rightarrow P = 0/0001$

تفاوت معنی داری در میزان خستگی چهار، هشت و دوازده هفته بعد از مداخله بین دو گروه شاهد و آزمون گردد و میزان خستگی را در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد کاهش دهد. این در حالی است که میزان خستگی قبل از مطالعه بین دو گروه تفاوت معنی داری را نشان نداد و عدم وجود تفاوت معنی دار در میزان خستگی، قبل از مطالعه بین دو گروه شاهد و آزمون خود نشان دهنده یکسانی دو گروه از نظر خستگی بود.

این نتیجه خود می تواند نشان دهنده تاثیر آب درمانی بر کاهش خستگی بیماران باشد زیرا در حدود ۸۲ درصد بیماران گروه آزمون به طور مرتب در جلسات آب درمانی شرکت می کردند. نتایج تحقیق بارکر و همکاران (۲۰۰۳) نشان داد که آب درمانی به عنوان یک روش درمانی مکمل در بیماران مبتلا به کمر درد مزمن توانست خستگی بیماران را که در نتیجه درد، اسپاسم عضلانی و ناتوانی در انجام کارهای روزانه بود، به طور محسوسی کاهش دهد (۱۸). نتیجه مطالعه سیدر و همکاران (۲۰۰۳) نشان داد که آبدرمانی می تواند به خوبی توسط بیماران سالمند و یا بیماران مبتلا به بیماریهای مزمن تحمل شده و با غوطه ور شدن در آب باعث افزایش عملکرد عضلانی اسکلتی، قلبی عروقی، کاهش مشکلات روحی روانی مانند استرس، اضطراب و افسردگی و کاهش خستگی در بیمار گردد (۲۳). میلز و همکاران^۱ (۲۰۰۰) مطالعه ای در جهت بررسی تاثیر تکنیک تای چای^۲ به عنوان یک روش درمانی مکمل بر روی علائم ناتوان کننده بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجام دادند. نتیجه نهایی این مطالعه نشان داد که اجرای تکنیک آرام سازی تای چای باعث کاهش میزان خستگی در بیماران مبتلا به ام اس گردید. که این یافته با نتیجه مطالعه حاضر انطباق دارد موید نتیجه مطالعه حاضر می باشد (۱۶). نتایج مطالعه متیوترز،

نتایج این پژوهش نشان داد که هیچگونه ارتباط معنی داری بین میزان خستگی با وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، در آمد، نوع ام اس، طول مدت ابتلا به بیماری، نوع داروی مصرفی وجود ندارد ($P > 0.05$). ولی نتایج نشان داد که خستگی با سن ارتباط معنی داری دارد ($r = 0.27$ و $P = 0.026$) به گونه ای که با افزایش سن میزان خستگی بیماران نیز افزایش می یابد. همچنین با استفاده از آزمون همبستگی بین متغیرها مشخص شد که بین میزان خستگی با وضعیت گسترش ناتوانی، ارتباط معنی داری وجود دارد ($r = 0.285$ و $p = 0.20$)، بدین معنی که با افزایش شدت بیماری، میزان خستگی بیماران مبتلا به ام اس افزایش می یابد.

بحث

آب درمانی بر مبنای تئوری هیدروستاتیک گسترش یافته است (۱۹). فشار هیدروستاتیک ایجاد شده ناشی از شناور شدن اندامها یا کل بدن در آب باعث تولید پاسخهای فیزیولوژیک متمرکز بر سیستم گردش خون می شود. به گونه ای که فشار هیدروستاتیک ایجاد شده باعث راندن خون از اندامهای تحتانی به سمت شکم و تنه می گردد و در نتیجه با افزایش بازگشت وریدی به قلب، حجم ضربه ای و میزان برون ده قلبی و خونرسانی به اندامها را افزایش می دهد. از طرفی شناور شدن در آب با ایجاد نوعی احساس خلا ذهنی و کاهش فشارهای روحی روانی و تا حدودی کاهش ترشح اپی نفرین می تواند بر روی مشکلات روحی روانی فرد نیز موثر باشد (۱۸). ورزش در آب باعث کاهش ضربان قلب، بار کاری قلب، میزان اکسیژن مصرفی در طول حرکات نسبت به ورزش در خشکی می شود (۱۷). در این پژوهش آب درمانی به عنوان یک روش درمانی مکمل توانست باعث ایجاد

¹Mills et al

²Tai Chi

ماتوسکا و مورفی^۱ (۲۰۰۱) که با هدف تعیین تاثیر استراتژیهای حفظ انرژی در بیماران مبتلا به ام اس انجام شد نیز نشان داد که روشهای درمانی مکمل مانند استراتژیهای حفظ انرژی بر کاهش خستگی بیماران مبتلا به ام اس موثر است (۸).

همچنین در این پژوهش آزمون آماری آنالیز واریانس با اندازه گیری مکرر نشان داد میزان خستگی، در چهار زمان مختلف (قبل، چهار، هشت و دوازده هفته بعد از مداخله) بین دو گروه شاهد و آزمون دارای تفاوت معنی داری است. این تفاوت معنی دار خود موید تاثیر آب درمانی بر کاهش خستگی بیماران گروه آزمون در زمانهای مختلف بعد از مداخله می باشد، در صورتیکه میزان خستگی در گروه شاهد در طول سه ماه بدون هیچگونه مداخله ای تقریباً ثابت مانده است و افزایش جزئی و نامحسوس خستگی در گروه شاهد می تواند به علت ماهیت مزمن و پیشرونده این بیماری و در ارتباط با دیگر علائم بیماری مانند افسردگی و مشکلات جسمی باشد. در مطالعه اوکن و همکاران^۲ (۲۰۰۴) که به منظور بررسی تاثیر یوگا و ورزش در بیماران مبتلا به ام اس صورت گرفت، نتایج نشان داد که روشهای درمانی مکمل مانند یوگا و ورزش باعث ایجاد تفاوت معنی داری در میانگین امتیاز خستگی بین گروه شاهد و آزمون در سه بار اندازه گیری گردید و تمرینات فوق به عنوان روشهای درمانی مکمل توانستند باعث کاهش میزان خستگی بیماران گروه آزمون نسبت به گروه شاهد گردند (۲۴).

در این پژوهش مشخص گردید که بین خستگی با جنس، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، در آمد، نوع ام اس، نوع داروی مصرفی هیچگونه ارتباط معنی داری وجود ندارد. در مطالعه هارتلیوس^۳ (۲۰۰۴) تحت عنوان

«چگونه خستگی بر ارتباط بیماران مبتلا به ام اس تاثیر می گذارد؟» نیز هیچگونه ارتباط معنی داری بین میزان خستگی گزارش شده با جنس، وضعیت تاهل، نوع ام اس و نوع دارو مشاهده نشد. که این یافته ها با نتایج مطالعه حاضر مشابه می باشد (۲۵). حال آنکه نتایج مطالعه لردال، سلوس و موم^۴ (۲۰۰۳) در اسلو^۵ که با هدف بررسی خستگی و ارتباط آن با متغیرهای اجتماعی و دموگرافیکی در بین بیماران مبتلا به ام اس صورت گرفت، نشان داد که در بین تمام متغیرهای دموگرافیک تنها، سطح تحصیلات با شدت خستگی رابطه آماری معنی داری ($P < 0.01$) داشته است. بدین ترتیب که در بیماران که سطح تحصیلات بالاتری داشته اند شدت خستگی پایین تر بود (۲۶). این نتیجه و تفاوت آن با نتیجه مطالعه حاضر مبنی بر عدم وجود ارتباط معنی دار بین خستگی و سطح تحصیلات می تواند ناشی از تفاوت در فرهنگها و نوع ارتباطات اجتماعی باشد. همچنین در این مطالعه نشان داده شد که بین میزان خستگی و وضعیت گسترش ناتوانی ارتباط معنی داری وجود دارد، بطوریکه با افزایش شدت ناتوانی، میزان خستگی نیز افزایش می یابد. در مطالعه ای که توسط پیتون و یوویچ^۶ (۲۰۰۶) به منظور نشان دادن ارتباط میان خستگی و فعالیتهای روزمره زندگی، مرحله بیماری ام اس، افسردگی و کیفیت زندگی بیماران انجام شد. نتایج نشان داد که خستگی، همبستگی شدیدی با وضعیت گسترش ناتوانی دارد ($p < 0.001$) (۷).

محدودیت های این پژوهش شامل تفاوت های فردی و حالت روحی نمونه های تحت پژوهش در پاسخ به مداخله و میزان تاثیر آن، تاثیر عوامل محیطی و فرهنگ فرد بر میزان درک وی از فواید آب درمانی، مشکلات مالی و

⁴ Lerdal, Celius, Moum

⁵ Oslo

⁶ Pittion Vouyovitch

¹ Mathiowetz, Matuska & Murphy

² Oken et al

³ Hartelius

تکنیک و بررسی تاثیر آن بر دیگر علائم بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، همچنین بر سایر بیماریهای مزمن پیشنهاد می گردد.

تشکر و قدردانی

از کلیه بیماران عزیزی که با وجود مشکلات فراوان ناشی از بیماری در این پژوهش شرکت داشتند تشکر می گردد. همچنین از مسئولین محترم انجمن ام اس ایران و استخر شهید توکل تهران تشکر به عمل می آید. از حمایت های معنوی و راهنمایی های علمی بی دریغ اساتید محترم پژوهشی دانشکده علوم پزشکی تربیت مدرس و شاهد صمیمانه سپاسگزاری می گردد.

رفت و آمد به استخر همچنین ماهیت ناتوان کننده بیماری بود.

نتیجه گیری: یافته های این پژوهش نشان می دهد که انجام آب درمانی توسط بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس کاملاً امکان پذیر و راحت می باشد، و با انجام این تکنیک تفاوت معنی داری در میزان خستگی بیماران ایجاد گردید، به طوریکه اجرای آب درمانی با کاهش میزان خستگی بیماران مبتلا به ام اس همراه است. لذا می توان ادعا نمود که آب درمانی می تواند نتایج مثبتی بر کاهش خستگی بیماران مبتلا به ام اس داشته باشد. همچنین لازم به ذکر است که با توجه به محدودیت های محیطی، اقتصادی، انسانی، زمانی، ماهیت بیماری ام اس و وضعیت روانی بیماران نتایج شایان توجهی حاصل گردیده است. و اجرای این

References

1. Heidi J. Crayton, Howard S. Rossman. Managing the Symptoms of Multiple Sclerosis: A Multimodal Approach. Clinical Therapeutics, 2006; 28(4):445-460.
2. Holland NJ, Madonna M. Nursing grand rounds: Multiple Sclerosis J Neuro Nurs 2005; 37(1): 15-19.
3. Currie R. Spasticity: A common Symptom of Multiple Sclerosis, Nursing Standard Journals, 2001; 15(33): 47-52.
4. Braunwald, Fauci, Kasper, Hauser, Longo, Jameson. Harrison's principle of Internal medicine. 15th ed. New York: McGraw Hill Co; 2001. p 2452-2461.
5. Blake DJ, Bodine C. An overview of assistive technology for persons with Multiple Sclerosis. J Rehabil Res Develop 2002. 39(2):299-312.
6. Kesselring J. Multiple Sclerosis. 2th ed, London: Cambridge University 2001; 54.
7. Vouyovitch SP, Debouverie M, Guillemin F, Vandenberg N, Anxionnat R, Vespignani H. Fatigue in Multiple Sclerosis is related to disability, depression and quality of life. J Neuro Sci 2006;243(1-2) : 39-45.
8. Mathiowetz V, Matuska MK, Murphy EM. Efficacy of an Energy Conservation Course for Person With Multiple Sclerosis. Arch Phys Med Rehab 2001; 82 (4): 449-456.
9. Béthoux F. Fatigue and Multiple Sclerosis. Annales Read Med physique 49 (2006) 355-360.
10. Costello K, Harris C. Differential diagnosis and management of Fatigue in Multiple Sclerosis: consideration for the

- nurse. *J Neuro Nurs* 2003 ; 35(3): 139-148.
11. Halper June, Costello Kathleen, Harris Colleen, chapter 6. *Nursing Practice in Multiple Sclerosis. A Core Curriculum*, 2nd Edition. New York: Demos Medical Publishing; 2006. p 215-245.
12. Lisak D. Overview of Symptomatic Management of Multiple Sclerosis. *J Neuro Nurs* 2001; 33(5):224-330.
13. Hernandez-Reif M, Field T, Field T, Theakston H. Multiple sclerosis patients benefits from massage therapy. *J Bodywork Mov Ther* 1998; 2(3): 168-174.
14. Fawcett J, Sidney JS, Hanson MJ, Riley-Lawless K. Use of alternative health therapies by people with multiple sclerosis: an exploratory study. *Holis Nurs Practice* 1994; 8(2):36-42.
15. Hayes J, Cox C. Immediate effects of a five-minute foot massage on patients in critical care. *Complem Ther Nurs Midwif* 2000; 6 (1): 9-13.
16. Mills NJ, Allen S, CareyMorgan S. Does Tai Chi/Qi Gong help patients with Multiple Sclerosis. *J Body work and Mov Ther* 2000; 4(1): 39-48.
17. McIlveen B, Robertson J.V. A Randomised Controlled Study of the Outcome of Hydrotherapy for Sbbjects with Low Back or Back and Leg Pain. *Physiotherapy* 1998; 84(1): 17-26.
18. Barker LK, Dawes H, Hansford P, Shamley D. Perceived and Measured Levels of Exertion of Patients With Chronic Back Pain Exercising in a Hydrotherapy Pool. *Arch Phys Med Rehabil* 2003; 84: 1319-1323.
19. Geytenbeek J. Evidence for Effective Hydrotherapy. *Physiotherapy* 2002; 88 (9): 514-529.
20. Pocock SJ, "Clinical trial, a practical approach" Newyork. John Wiley & Sonds; 1990.
21. Schwid SR, Covington M, Segal BM, Goodman AD. Fatigue in Multiple Sclerosis: current understanding and future directions. *J Rehabil Res Develop* 2002; 39(2):211-224.
22. Kurtzke JF. Rating neurological impairment in multiple sclerosis: An Expanded Disability Status Scale (EDSS). *Neurology* 1983; 33: 1444-1452.
23. Cider A, Schaufelberger M, Stibrant Sunnerhagen K, Andersson B heart failure. *Eur J Heart Fail*, 2003(5): 527–535
24. Oken B, Kishigama S, Zajdel D "Randomized controled trial Yoga and exercise in Multiple Sclerosis". *J Neurol* 2004; 62(11): 2058 – 2064.
- 25- Hartelius L, Burge A, Johanson A. "How dose Fatigue affect Commocation?": *Int J MS care* 2004; 6: 39-51.
26. Lerdal A, Celius E, Moum T "Fatigue and its association with Sociodemographic variables among Multiple Sclerosis Patients. *Mult Scler* 2003; 9: 509-514.