

October–November 2020, Volume 9, Issue 4

The Effect of Patient Education and Nurse- led Telephone Follow-up (Tele nursing) on Quality of Life in Patients with Epilepsy

Seyed Kazem Mousavi^{1*}, Mohsen Kamali², Hamed Azizkhani³

1-MSc of Nursing, Instructor, Department of Nursing, Abhar School of Nursing, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran.

2- MSc of Nursing, Instructor, Department of Nursing, Abhar School of Nursing, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

3- MSc of Nursing, Zanjan Valiasr Hospital, Zanjan, Iran.

***Corresponding author:** Seyed Kazem Mousavi, MSc of Nursing, Instructor, Department of Nursing, Abhar School of Nursing, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran.

E-mail: kazemmoosavi69@gmail.com

Received: 8 April 2020

Accepted: 26 Oct 2020

Abstract

Introduction: Epilepsy is the second most common neurological disease in the world. The widespread physical, psychological, and social consequences of epilepsy have led to a lower quality of life than other patients with other chronic diseases. This study aimed to determine The Effect of Patient Education and Nurse- led Telephone Follow-up (Tele nursing) on Quality of Life in Patients with Epilepsy

Methods: In this quasi-experimental study, 60 patients referred to the neurology clinic of Valiasr Hospital in Zanjan were selected by convenience sampling method and were randomly divided into control and experimental groups. Epilepsy Quality of Life Questionnaire (QOLIE-31-P) was used for data collection. Questionnaires were completed by the participants before the intervention. Then, telephone education was performed for the experimental group for two months and no intervention for the control group. Two months after the intervention, all patients completed the questionnaire again. Finally, the collected data were analyzed using SPSS software version 25 using descriptive (mean and standard deviation) and inferential statistics (Chi-square, Independent t-test, and Paired t-test).

Results: Before the intervention, there was no statistically significant difference between the two groups in terms of demographic characteristics and scores of different areas of quality of life ($P > 0.05$); However, after the intervention, the results of the T-pair test showed a statistically significant difference between the overall score of quality of life and its dimensions in the control and test group, so that the test group had a higher ratio of quality of life ($P < 0.05$).

Conclusions: According to the results of the present study, the use of telephone education methods can help improve the quality of life of patients with epilepsy. Therefore, its use is recommended in the training program for patients with epilepsy.

Key words: Epilepsy, Education, Phone, Quality of life.

بررسی تاثیر آموزش به بیمار و پیگیری تلفنی توسط پرستار (تله نرسینگ) بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به صرع

سید کاظم موسوی^{۱*}، محسن کمالی^۲، حامد عزیزخانی^۳

۱- کارشناس ارشد پرستاری، مربی، گروه آموزشی پرستاری، دانشکده پرستاری اهر، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران.
 ۲- کارشناس ارشد پرستاری، مربی، گروه آموزشی پرستاری، دانشکده پرستاری اهر، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران.
 ۳- کارشناس ارشد پرستاری، بیمارستان ولیعصر زنجان، زنجان، ایران.
 *نویسنده مسئول: سید کاظم موسوی، مربی، گروه آموزشی پرستاری، دانشکده پرستاری اهر، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران.
 ایمیل: kazemmoosavi69@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۸/۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱/۲۰

چکیده

مقدمه: صرع دومین بیماری نورولوژی شایع در جهان است. پیامدهای جسمی، روانی و اجتماعی گسترده ناشی از ابتلا به صرع سبب شده که این بیماران نسبت به سایر بیماران مبتلا به دیگر بیماری های مزمن کیفیت زندگی پایین تری را تجربه کنند. این مطالعه با هدف تعیین تاثیر آموزش به بیمار و پیگیری تلفنی توسط پرستار بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به صرع انجام شد.

روش کار: در این مطالعه نیمه تجربی، تعداد ۶۰ نفر از بیماران مراجعه کننده به درمانگاه اعصاب بیمارستان ولیعصر (عج) زنجان در سال ۱۳۹۸ به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی ساده در دو گروه کنترل و آزمون قرار گرفتند. جهت گرد آوری داده ها از پرسشنامه کیفیت زندگی مبتلایان به صرع (QOLIE-31-P) استفاده شد. قبل از مداخله پرسشنامه ها توسط نمونه ها تکمیل گردید. سپس، آموزش تلفنی در رابطه با بیماری صرع برای گروه آزمون طی دو ماه انجام شد و برای گروه کنترل مداخله ای صورت نگرفت. دو ماه پس از پایان مداخله، تمامی بیماران مجددا پرسشنامه را تکمیل کردند. در نهایت، داده های جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ و با استفاده از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (آزمون کای اسکور، تی مستقل و تی زوجی)، تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها: قبل از مداخله، بین دو گروه از نظر ویژگی های جمعیت شناختی و نمرات حیطة های مختلف کیفیت زندگی تفاوت معنی دار آماری وجود نداشت ($P > 0.05$)؛ اما پس از اجرای مداخله، نتایج آزمون تی زوجی تفاوت معنادار آماری را بین نمره کلی کیفیت زندگی و ابعاد آن در گروه کنترل و آزمون نشان داد به طوری که گروه آزمون به نسبت کیفیت زندگی بالاتری داشتند ($P < 0.05$).

نتیجه گیری: با توجه به نتایج مطالعه حاضر، استفاده از روش آموزش تلفنی در بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به صرع می تواند کمک کننده باشد. بنابراین، استفاده از آن در برنامه آموزشی بیماران مبتلا به صرع پیشنهاد می شود.
کلید واژه ها: صرع، آموزش، تلفن ثابت، کیفیت زندگی.

مقدمه

[۳]. هم اکنون، در ایران حدود یک میلیون و سیصد هزار بیمار مبتلا به صرع وجود دارد [۴] که معادل ۱/۷ درصد کل جمعیت می باشد. بررسی های علمی نشان می دهد میزان شیوع صرع در ایران از استاندارد جهانی بیشتر بوده و آمار مبتلایان صرع در ایران، ۲ تا ۳ برابر آمار جهانی است [۵].

علی رغم پیشرفت های صورت گرفته در زمینه کنترل بیماری صرع، مبتلایان به این بیماری با مسائل و

صرع، شایع ترین بیماری مزمن عصبی پس از سردرد است که با حملات عود کننده تشنجی مشخص می شود [۱]. این بیماری یک اختلال شدید مغزی است که در تمام نژادها، طبقات اجتماعی و ملیت ها دیده می شود [۲]. طبق آمار سازمان جهانی بهداشت، بیش از ۵۰ میلیون نفر در سراسر جهان از صرع رنج می برند که حدود ۸۰ درصد از این افراد در کشور های در حال توسعه زندگی می کنند

مشکلات متعددی روبرو هستند. از یک سو مشکلات آن‌ها جنبه جسمانی دارد و از سوی دیگر، این بیماران با مشکلات و مسائل روانی و اجتماعی مواجه اند [۶]. ترس از عقب ماندگی ذهنی، ترس از مردن حین تشنج، محرومیت از یکسری حقوق اجتماعی اولیه مانند رانندگی، یافتن شغل مناسب و حتی حفظ آن، تبعیض، محدودیت های قانونی، نگرش های منفی رایج در جامعه و بدنامی مرتبط با این بیماری بخشی از این مشکلات هستند [۷]. پیامدهای اجتماعی، روانی و جسمی ناشی از ابتلای به این بیماری مزمن کیفیت زندگی مبتلایان را به شدت تحت تاثیر قرار داده [۸] و علی رغم اینکه ۷۵ درصد از این بیماران غیر از صرع مشکل دیگری ندارند؛ اما کیفیت زندگی آن‌ها نسبت به جمعیت عمومی پایین تر بوده و حتی بدتر از کیفیت زندگی سایر بیماری‌زانی است که بیماری مزمن دیگری دارند [۹]. به عقیده Yogarajah و همکاران (۲۰۱۹) کیفیت زندگی بیماران مبتلا به صرع با وضعیت سلامت آنان ارتباط مستقیم و معنادار دارد، به طوری که بیماری‌زانی که وضعیت سلامت بهتری دارند، نمره کیفیت زندگی آن‌ها بالاتر بوده و تفاوت چندانی با افراد طبیعی ندارد [۱۰].

با توجه به ماهیت مزمن و پیامدهای وسیع ناشی از ابتلا به این بیماری، افراد مبتلا به صرع جهت برخورداری از وضعیت سلامت مطلوب نیاز به آموزش و حمایت مداوم دارند [۱۱]. با ارائه مستمر و پیگیر برنامه های آموزشی و حمایتی از این بیماران تطابق روانی، رفتاری و اجتماعی آن‌ها با این بیماری بیشتر شده، دفعات حملات کاهش پیدا کرده و کیفیت زندگیشان بهبود خواهد یافت [۱۲].

امروزه، پیگیری مستمر افراد مبتلا به بیماری های مزمن نظیر صرع تبدیل به یکی از چالش های مهم سیستم های مراقبتی گردیده و این سیستم ها را بر آن داشته تا جهت ارائه سریع و موثر خدمات و مراقبت ها به این بیماران از روش های نوین ارتباطی استفاده نمایند [۱۳]. در همین راستا و در رابطه با ارائه مراقبت های پرستاری به این بیماران، واژه ای به نام مراقبت پرستاری از راه دور (Tele-nursing) مطرح شده است. در مراقبت پرستاری از راه دور، ارائه مراقبت با استفاده از وسایل ارتباطی نظیر فیلم های ویدیویی، اینترنت و تلفن میسر می شود [۱۴]. از بین وسایل ارتباطی از راه دور، تلفن به عنوان وسیله ای که در دسترس بیشتر افراد است به صورت روزافزونی مورد استفاده قرار می گیرد [۱۵]. بسیاری از مطالعات انجام شده

در سایر کشورها نیز، خدمات تلفنی را موثرترین و اقتصادی ترین روش پیگیری در بیماری های مزمن معرفی کرده اند؛ زیرا آموزش تلفنی می تواند کاهش نیاز بیماران به ویزیت های غیر ضروری را به دنبال داشته باشد و در صورت نیاز، بیماران ارزیابی و به مرکز مناسب ارائه دهنده مراقبت ارجاع داده شوند [۱۶-۱۷].

مشکلات جسمانی، روانی و اجتماعی ناشی از ابتلا به صرع در کنار مسائلی مانند دشواری دسترسی به خدمات حضوری بعثت بعد مسافت و شرایط نامطلوب اقتصادی سبب مراجعات نامنظم و بعضاً عدم مراجعه این بیماران جهت پیگیری درمان گردیده و مراقبین سلامت را بر آن داشته تا به دنبال روش های جایگزین به جای مراجعه حضوری در این بیماران باشند [۱۸]. در این میان، روش تلفنی به عنوان یکی از روش های در دسترس، کارآمد و مستمر در این بیماران معرفی شده است [۱۹]. نتایج پژوهش های انجام شده در خصوص استفاده از روش تلفنی به عنوان یک تکنولوژی پرستاری از راه دور در بیماران مبتلا به صرع، عنوان کننده تاثیر این روش در کاهش تعداد حملات تشنجی [۱۸]، بهبود پایبندی به درمان [۲۰]، ارتقای میزان رضایت مندی [۲۱] و افزایش سطح دسترسی به خدمات درمانی [۲۲] است.

از آنجایی که ارائه برنامه های آموزشی و حمایتی مداوم می تواند در حفظ و بهبود وضعیت سلامت و به تبع آن کیفیت زندگی بیماران مبتلا به صرع کمک کننده باشد، بر این اساس و با توجه به تاثیرات آموزش تلفنی توسط پرستاران، به علت تماس نزدیک و مداوم با این بیماران و دارا بودن نقش کلیدی در امر آموزش، این مطالعه با هدف تعیین این مطالعه با هدف تعیین تاثیر آموزش به بیمار و پیگیری تلفنی توسط پرستار بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به صرع انجام شد.

روش کار

این مطالعه نیمه تجربی با هدف تعیین تاثیر آموزش تلفنی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به صرع در سال ۱۳۹۸ در شهر زنجان انجام شد. جامعه هدف پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به صرع مراجعه کننده به درمانگاه اعصاب مرکز آموزشی درمانی حضرت ولیعصر (عج) زنجان بود. روش نمونه گیری به صورت در دسترس و تخصیص نمونه ها در قالب گروه آزمون و کنترل به صورت تصادفی ساده انجام شد؛ به این صورت که نمونه اول با قرعه کشی در

امتیازدهی پرسشنامه صورت می گیرد. محدوده امتیازها در هر مقیاس از ۱۰۰-۰ بوده و امتیاز بالاتر در هر بعد نشان دهنده وضعیت بهتر است. برای بدست آوردن امتیاز کل پرسشنامه نیز، امتیاز هر مقیاس در وزن محاسبه شده آن مقیاس (بر اساس راهنمای موجود) ضرب می شود. سپس امتیازهای جدید بدست آمده در هر مقیاس با یکدیگر جمع شده و امتیاز کل محاسبه می شود. تحلیل پایایی مقیاس کیفیت زندگی نشان داده که به جز دو مقیاس اثرات دارویی و عملکرد اجتماعی، به ترتیب با آلفای ۰/۵۱ و ۰/۶۵، سایر مقیاس ها از حداقل ضریب استاندارد پایایی در محدوده ۰/۷۱-۰/۸۹ برخوردارند. همچنین، آزمون روایی با استفاده از روش مقایسه گروه های شناخته شده نشان داد که گونه فارسی ابزار QOLIE-31-P قادر به افتراق زیرگروه های بیماران به تفکیک «نوع صرع و تعداد حملات صرع طی ماه و سال گذشته» می باشد [۲۴].

برای انجام این مطالعه، پژوهشگر پس از کسب مجوز از کمیته اخلاق (IR.ZUMS.REC.1397.185) و مجوز اجرای پژوهش از دانشگاه علوم پزشکی زنجان به مرکز آموزشی درمانی مورد نظر مراجعه کرده و پس از کسب اجازه از مدیران بیمارستان و معرفی خود، بیان اهداف و نحوه انجام پژوهش و دادن اطمینان در مورد محرمانه ماندن اطلاعات، از واحدهای پژوهشی که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند، دعوت به همکاری نمود. پس از اخذ رضایت نامه کتبی، افراد وارد مطالعه شدند.

در ابتدا پرسشنامه مشخصات فردی و کیفیت زندگی مبتلایان به صرع در اختیار شرکت کنندگان در پژوهش قرار داده شد تا آن را تکمیل نمایند. در مرحله بعد، بیماران هر دو گروه تحت یک جلسه یک ساعته آموزش انفرادی چهره به چهره توسط پژوهشگر قرار گرفتند. هدف از برگزاری این جلسه، همسان سازی دانش نظری نمونه های پژوهش در زمان شروع مطالعه بود و در آن پژوهشگر مطالبی کلی در رابطه با بیماری صرع بیان کرد. محتوای آموزشی مورد استفاده در جلسات حضوری و تلفنی بر اساس مطالعه شیخ طاهری و همکاران (۱۳۹۶) [۲۵] تهیه شده و روایی محتوای مطالب آن توسط ده نفر از اعضای هیات علمی دانشکده پرستاری زنجان و ابهر مورد تایید قرار گرفته بود. با پایان این مرحله، بیماران گروه آزمون تحت آموزش تلفنی به صورت برقراری ۱۰ تماس تلفنی از ساعت ۸ صبح تا ۸ شب و با فواصل منظم در طی دو ماه قرار گرفتند (جدول ۱).

گروه مداخله قرار داده شد و پس از آن، نمونه ها به صورت یک در میان در گروه ها قرار گرفتند.

حجم نمونه ابتدا به صورت پایلوت، ۱۰ بیمار در گروه کنترل و ۱۰ بیمار در گروه مداخله، بررسی شده و با استفاده از نتایج حاصل و بر اساس فرمول مقایسه میانگین ها و مطالعه سبزواری و همکاران [۲۳] و با استفاده از فرمول

$$\frac{(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})^2 \times (\sigma_1^2 + \sigma_2^2)}{d^2}$$

۳۰ نفر در هر گروه تعیین شد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل سن بین ۷۵-۱۸ سال، قابلیت درک و تکلم به زبان فارسی یا ترکی توسط بیمار یا همراه وی، دسترسی به تلفن در منزل، تایید تشخیص بیماری توسط پزشک معالج، گذشت حداقل یک ماه از تشخیص بیماری، مصرف حداقل یک داروی ضد صرع توسط بیمار و عدم ابتلا به سایر بیماری های جسمی و روانی مزمن یا عقب ماندگی ذهنی با تایید پزشک معالج و معیارهای خروج شامل عدم تمایل به شرکت در مطالعه، ایجاد عارضه نامطلوب حین پژوهش برای بیمار (نظیر بستری شدن و ...) و شرایط جسمی و روحی نامساعد بیمار بنا به نظر پزشک معالج در نظر گرفته شد.

ابزار گرد آوری داده ها شامل پرسشنامه محقق ساخته مشخصات دموگرافیک و پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به صرع (QOLIE-31-P) بود. پرسشنامه جمعیت شناختی افراد شامل اطلاعاتی از قبیل سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت تاهل، شغل، وضعیت اقتصادی، مدت ابتلا به صرع و تعداد حملات تشنجی در یک ماه اخیر بود. برای سنجش کیفیت زندگی نیز از پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به صرع استفاده شد. این پرسشنامه با ۳۱ سؤال، یک ابزار استاندارد برای اندازه گیری کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به صرع در سنین ۱۸ سال و بالاتر است. در محاسبه ۷ بعد پرسشنامه، ۳۰ سوال بکار رفته و یک سوال کلی نیز اهمیت ابعاد مرتبط با بیماری را از نظر بیمار بررسی می نماید. ابعاد ابزار عبارتند از: نگرانی از تشنج، سلامت روحی، انرژی / خستگی، عملکرد شناختی، اثرات دارویی، عملکرد اجتماعی و کیفیت کلی زندگی. محاسبه امتیازها در هر مقیاس بر اساس راهنمای

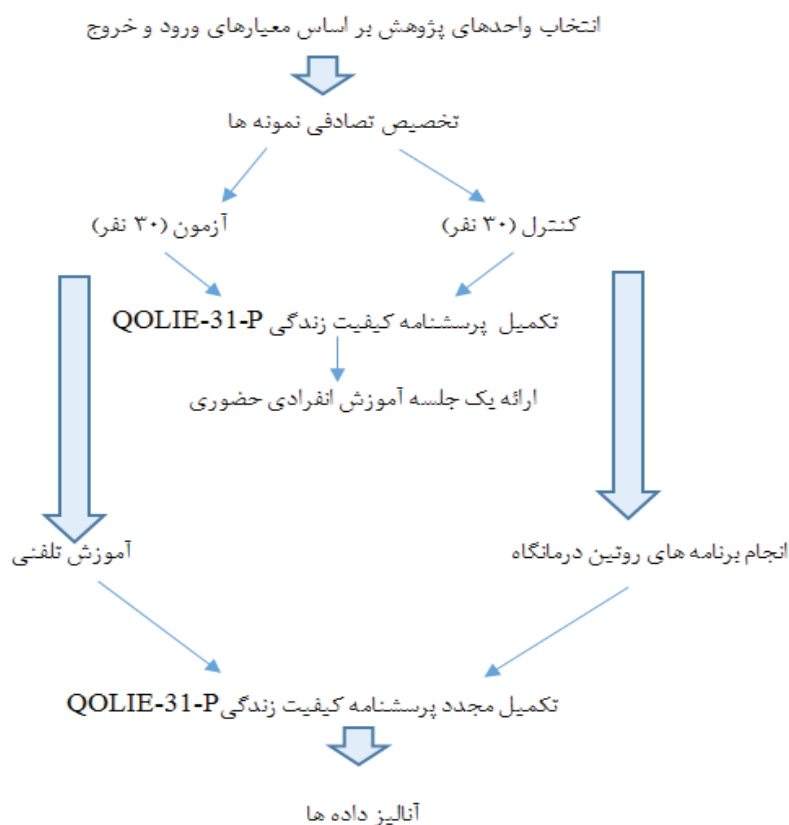
که در طول مدت مطالعه، هیچ گونه مداخله آموزشی توسط پژوهشگر برای بیماران گروه کنترل انجام نشده و جهت حفظ ملاحظات اخلاقی در پایان مطالعه، محتوای آموزشی در اختیار بیماران این گروه نیز قرار داده شد. دو ماه پس از پایان مداخله و در زمان مراجعه به درمانگاه، کیفیت زندگی بیماران هر دو گروه مجدداً توسط پرسشنامه QOLIE-31-P مورد بررسی قرار گرفت. داده های جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ و با استفاده از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (آزمون کای اسکور، تی مستقل و تی زوجی) در سطح معنی داری ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

طول مدت مکالمه تلفنی بر اساس مطالعه مشابه انجام شده در این زمینه (یکه فلاح و همکاران ۱۳۹۵) ۱۵ دقیقه در نظر گرفته شد [۲۶]. در ضمن هر جلسه مکالمه تلفنی، محتوای مکالمه، تعداد دفعات و زمان تماس ها در فرم تنظیم شده ثبت می گردید و بدین طریق تمام محتوای آموزشی برنامه ریزی شده در زمان مشخص و به صورت یکسان به تمام بیماران گروه آزمون آموزش داده می شد. همچنین، در انتهای هر جلسه روز و ساعت تماس بعدی با بیمار هماهنگ می شد. در ضمن شماره تلفنی در اختیار بیماران قرار گرفته بود که به صورت ۲۴ ساعته و حتی تعطیلات رسمی پاسخگوی سوالات آن ها پیرامون مطالب آموزشی ارائه شده، مشکلات و هر گونه دغدغه و نگرانی های آنان پیرامون بیماری بود. لازم به ذکر است

جدول ۱: محتوای آموزش تلفنی مورد استفاده در این مطالعه

جلسات	محتوای آموزش
۴-۱	اطلاعات بیماری (تعریف بیماری صرع، شیوع، طبقه بندی، علل وقوع، علائم، عوارض، اقدامات اولیه حین تشنج، درمان)
۷-۵	سبک زندگی (ورزش، خواب، رانندگی، شغل، ازدواج، بارداری و عدم بارداری، تغذیه)
۱۰-۸	داروهای مصرفی (شناخت داروهای صرع، عوارض، اهمیت مصرف منظم داروها)

دیاگرام ۱: فرایند انجام تحقیق



یافته ها

دادند که حدود نیمی از این افراد (۴۸/۳ درصد) مجرد بوده و حدود ۴۰ درصد دارای تحصیلات کم تر از دیپلم بودند. از نظر ویژگی های جمعیت شناختی تفاوت معنادار آماری در دو گروه مشاهده نشد ($P > 0.05$) (جدول ۲).

میانگین سن شرکت کنندگان در گروه کنترل و آزمون به ترتیب $38/83 \pm 1/63$ و $39/12 \pm 2/24$ بود. ۵۳/۳ درصد از شرکت کنندگان را مردان و ۴۶/۷ درصد را زنان تشکیل می

جدول ۲: مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان در پژوهش

متغیر	گروه کنترل	گروه آزمون	P- value Chi-square
جنس	مرد	۱۷	۰/۱۲
	زن	۱۳	
وضعیت تاهل	مجرد	۱۵	۰/۶۷
	متاهل	۱۳	
	جدا شده	۱	
	همسر فوت کرده	۱	
تحصیلات	خواندن و نوشتن	۶	۰/۵۱
	زیر دیپلم	۱۳	
	دیپلم	۹	
	دانشگاهی	۲	
شغل	بیکار	۱۲	۰/۰۸
	کارگر	۶	
	کارمند	۱	
سطح اقتصادی	آزاد	۹	۰/۱۴
	بازنشسته	۲	
	ضعیف	۱۶	
	متوسط	۱۰	
	خوب	۲	
مدت ابتلا به صرع	عالی	۱	۰/۰۷
	۱-۶ ماه	۲	
تعداد حملات تشنج در یک ماه	۷-۱۲ ماه	۳	۰/۱۶
	بیش تر از ۱۲ ماه	۲۵	
	اصلا	۷	
تعداد حملات تشنج در یک ماه	۱-۳ بار	۱۶	۰/۱۶
	۴ بار و بیشتر	۷	

تفاوت معنی داری وجود نداشت ($P > 0.05$) (جدول ۳).

همچنین، بر اساس آزمون تی مستقل بین دو گروه آزمون و کنترل از نظر ابعاد نمرات کیفیت زندگی، قبل از مداخله،

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد کیفیت زندگی در دو گروه آزمون و کنترل قبل از مداخله

P*	قبل از مداخله		حیطه ها
	گروه کنترل میانگین/ انحراف معیار	گروه آزمون میانگین ± انحراف معیار	
۰/۴۴۲	۳۴/۲۰ ± ۱۱/۳۴	۳۱/۹۵ ± ۱۲/۲۰	نگرانی از تشنج
۰/۶۹	۳۱/۱۷ ± ۲۱/۰۴	۲۹/۰۰ ± ۲۳/۷۶	کیفیت زندگی کلی
۰/۹	۲۹/۷۳ ± ۱۰/۰۶	۲۹/۳۳ ± ۱۲/۳۱	سلامت روحی
۰/۱۴۷	۲۶/۵۰ ± ۱۳/۰۱	۳۸/۵۰ ± ۱۲/۵۸	انرژی/ خستگی
۰/۶۵۲	۲۸/۹۲ ± ۸/۸۹	۲۷/۳۱ ± ۱۲/۱۸	عملکرد شناختی
۰/۸۷۲	۳۲/۲۲ ± ۱۸/۲۹	۳۱/۲۰ ± ۲۰/۴۲	اثرات دارویی
۰/۸۶	۲۹/۹۰ ± ۱۴/۸۷	۳۰/۵۳ ± ۱۱/۶۷	عملکرد اجتماعی
۰/۹۲۵	۲۹/۷۹ ± ۶/۰۱	۲۹/۶۴ ± ۵/۹۱	نمره کلی کیفیت زندگی

* تی مستقل

داری در همه حیطه های کیفیت زندگی مشاهده شد
($P < ۰/۰۵$) (جدول ۴)

نمرات حیطه های مختلف کیفیت زندگی در گروه آزمون
قبل و پس از مداخله و گروه کنترل و آزمون پس از مداخله
با استفاده از آزمون تی زوجی مقایسه شده و تفاوت معنی

جدول ۴: میانگین نمرات ابعاد کیفیت زندگی گروه آزمون (قبل و پس از مداخله) و گروه کنترل (پس از مداخله)

P**	گروه آزمون		*P	گروه کنترل		حیطه ها
	میانگین ± انحراف معیار (پس از مداخله)	میانگین ± انحراف معیار (پس از مداخله)		میانگین ± انحراف معیار (پس از مداخله)	میانگین ± انحراف معیار (قبل از مداخله)	
۰/۰۳	۴۳/۰۰ ± ۱۰/۷۰	۵۵/۹۰ ± ۱۳/۷۱	< ۰/۰۰۱	۵۵/۹۰ ± ۱۳/۷۱	۳۱/۹۵ ± ۱۲/۲۰	نگرانی از تشنج
< ۰/۰۰۱	۲۹/۳۳ ± ۲۴/۹۷	۷۲/۳۳ ± ۲۱/۰۸	< ۰/۰۰۱	۷۲/۳۳ ± ۲۱/۰۸	۲۹/۰۰ ± ۲۳/۷۶	کیفیت زندگی کلی
< ۰/۰۰۱	۳۱/۷۳ ± ۱۱/۶۹	۶۸/۱۳ ± ۱۴/۹۹	< ۰/۰۰۱	۶۸/۱۳ ± ۱۴/۹۹	۲۹/۳۳ ± ۱۲/۳۱	سلامت روحی
۰/۰۰۴	۳۵/۸۳ ± ۱۴/۸۳	۶۲/۸۳ ± ۱۵/۰۱	< ۰/۰۰۱	۶۲/۸۳ ± ۱۵/۰۱	۳۸/۵۰ ± ۱۲/۵۸	انرژی/ خستگی
۰/۰۲۵	۳۸/۸۵ ± ۱۰/۲۱	۶۶/۵۰ ± ۱۲/۰۳	< ۰/۰۰۱	۶۶/۵۰ ± ۱۲/۰۳	۲۷/۳۱ ± ۱۲/۱۸	عملکرد شناختی
۰/۰۱۳	۳۹/۵۰ ± ۱۶/۴۳	۶۶/۶۷ ± ۱۴/۳۷	< ۰/۰۰۱	۶۶/۶۷ ± ۱۴/۳۷	۳۱/۲۰ ± ۲۰/۴۲	اثرات دارویی
< ۰/۰۰۱	۳۹/۳۳ ± ۱۲/۶۶	۶۷/۱۳ ± ۱۳/۱۸	< ۰/۰۰۱	۶۷/۱۳ ± ۱۳/۱۸	۳۰/۵۳ ± ۱۱/۶۷	عملکرد اجتماعی
< ۰/۰۰۱	۲۹/۹۹ ± ۵/۳۱	۶۸/۲۳ ± ۶/۳۵	< ۰/۰۰۱	۶۸/۲۳ ± ۶/۳۵	۲۹/۶۴ ± ۵/۹۱	نمره کلی کیفیت زندگی

* تی زوجی، ** تی مستقل

همسو می باشد. نتایج آنان نشان داد که اجرای یک جلسه آموزش حضوری به همراه پیگیری تلفنی ماهیانه به مدت یک سال سبب کاهش تعداد حملات تشنجی و افزایش کیفیت زندگی در این بیماران می گردد [۲۷]. همچنین، Johnson و همکاران (۲۰۲۰) در مطالعه ای از نوع کارآزمایی بالینی نشان دادند که ارائه بسته آموزشی خودمدیریتی به صورت تلفنی و به مدت ۸ هفته سبب بهبود کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به صرع طی شش ماه پس از مداخله می گردد [۲۸]. هم راستا با پژوهش حاضر، نتایج مطالعه Lua و همکاران (۲۰۱۳) با عنوان تاثیر روش آموزش مبتنی بر

بحث

این مطالعه این مطالعه با هدف تعیین تاثیر آموزش به بیمار و پیگیری تلفنی توسط پرستار بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به صرع انجام شد. نتایج نشان داد که آموزش به بیماران مبتلا به صرع به صورت تلفنی و پیگیری منظم آنان از راه دور منجر به ارتقای سطح کیفیت زندگی در همه ابعاد آن شده است. نتایج این پژوهش با مطالعه Hu و همکاران (۲۰۲۰) در خصوص بررسی تاثیر آموزش خود مدیریتی بر فراوانی تشنج و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به صرع

شناس برای بیماران مبتلا به صرع ضروری بوده و در صورت ارائه این مشاوره ها عملکرد عاطفی این بیماران

بیماران به نحو محسوسی بهبود خواهد یافت [۳۴]. از آنجایی که در پژوهش حاضر، از روش آموزش به بیمار و پیگیری تلفنی در مبتلایان به صرع استفاده شده است، پیشنهاد می شود در مطالعات بعدی تاثیر روش های نوین ارتباطی جدیدتر نظیر آموزش از طریق فضای مجازی بر کیفیت زندگی این بیماران سنجیده شود. از محدودیت های این مطالعه احتمال عدم تمایل به همکاری بیماران و خروج آنان از مطالعه به دلیل طولانی بودن زمان پژوهش بود که سعی شد با برقراری ارتباط مستمر و تبیین اهداف پژوهش و دادن هدیه نسبت به جلب همکاری آنان اقدام شود. محدودیت دیگر، امکان تبادل اطلاعات بین دو گروه کنترل و آزمون در طول انجام مطالعه بود که بدین منظور، در اولین جلسه آموزش تلفنی برای بیماران گروه آزمون، راهنمایی ها و توضیحات لازم در این خصوص ارائه شد.

نتیجه گیری

با توجه به نتایج مطالعه حاضر مبنی بر تاثیر آموزش به بیمار و پیگیری تلفنی توسط پرستار بر بهبود کیفیت زندگی مبتلایان به صرع، استفاده از این روش ساده، اثربخش و با سهولت دسترسی بالا در برنامه های آموزشی مرتبط در بیماران مبتلا به صرع پیشنهاد می شود. همچنین با توجه به تنوع روش های آموزش از راه دور، انجام مطالعات بیشتر مبتنی بر مقایسه اثربخشی روش های مختلف بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به صرع کمک کننده خواهد بود.

سپاسگزاری

این مقاله بخشی از طرح تحقیقاتی مصوب معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی زنجان می باشد که با حمایت آن دانشگاه و با کد اخلاق IR.ZUMS.REC.1397.185 در سال ۱۳۹۸ اجرا شده است. بدین وسیله از حمایت های دانشگاه علوم پزشکی زنجان برای انجام این طرح و همچنین بیمارستان محل مطالعه و به ویژه بیماران عزیز شرکت کننده در این مطالعه، تشکر و قدردانی می گردد.

تضاد منافع

هیچ گونه تضاد منافی برای نویسندگان در این مطالعه وجود ندارد.

پیام کوتاه بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به صرع نشان داد که ارائه بسته آموزشی در قالب پیام کوتاه به مدت سه ماه به همراه پیگیری تلفنی سبب افزایش کیفیت زندگی در این بیماران می شود [۲۹]. وجدانی و همکاران (۱۳۹۰) نیز در پژوهش خود بیان کردند که استفاده از بسته آموزشی مبتنی بر رایانه در طی یک ماه سبب بهبود کیفیت زندگی در نوجوانان مبتلا به صرع می گردد [۳۰]. در مورد تشابه نتایج مطالعات نامبرده با یافته های پژوهش حاضر می توان گفت که با آموزش تلفنی توسط پرستار، بیماران سوالات، مشکلات و دغدغه های خود را با وی در میان می گذارند. بدین طریق، احساس نیاز و وابستگی به اطرافیان و حتی پزشک کاهش می یابد و احساس خوب بودن و سالم بودن در فرد ایجاد می شود [۳۱] که این امر سبب افزایش عزت نفس در این بیماران شده، تاثیر منفی اجتماعی ناشی از ابتلا به این بیماری را در آن ها کاهش داده و در نهایت سبب بهبود کیفیت زندگی در آن ها خواهد شد [۲۱].

بر اساس یافته های این پژوهش، بیشترین میزان بهبود کیفیت زندگی پس از مداخله در گروه آزمون، در ابعاد کیفیت زندگی کلی، سلامت روحی و عملکرد اجتماعی اتفاق افتاده بود. در این راستا، Shin و همکاران (۲۰۱۹) در مطالعه کیفی خود بر روی ۳۲ بیمار مبتلا به صرع بیان کردند که ارائه آموزش های چند رسانه ای سبب افزایش تعاملات اجتماعی در این بیماران شده و در نهایت سبب بهبود کیفیت زندگی کلی در آن ها می گردد [۳۲]. یادگاری و همکاران (۲۰۱۵) در مطالعه ای از نوع کارآزمایی بالینی بر روی ۶۰ بیمار مبتلا به صرع بیان کردند که ارائه آموزش های خودمدیریتی سبب بهبود کیفیت زندگی این بیماران به ویژه در بعد عملکرد اجتماعی می گردد [۳۳]. همچنین، Kissani و همکاران (۲۰۲۰) در مطالعه خود، استفاده از فن آوری های ارتباطی از راه دور به منظور ارائه اطلاعات و خدمات مراقبتی در بیماران مبتلا به صرع را مثبت ارزیابی کرده و تاکید کردند که استفاده از این فناوری های نوین بر جنبه های مختلف بیماری صرع نظیر جنبه های جسمی، روحی و روانی و اجتماعی تاثیر مثبت داشته و سبب بهبود عملکرد فردی و اجتماعی در این بیماران می گردد [۲۲].

بر اساس دیگر یافته این پژوهش، کم ترین میزان بهبود کیفیت زندگی پس از آموزش تلفنی در بیماران مبتلا به صرع، مربوط به بعد نگرانی از تشنج بود که با نتایج مطالعه Hu و همکاران (۲۰۲۰) مطابقت دارد [۲۷]. در این زمینه، Al-Aqeel و همکاران (۲۰۱۷) در مطالعه خود بیان نمودند که ارائه مشاوره تلفنی مستمر توسط یک روان

References

1. Falco-Waltera J, Schefferb I, Fisher R. The new definition and classification of seizures and epilepsy. *Epilepsy Research*, 2019; 139(1): 73-79. <https://doi.org/10.1016/j.eplepsyres.2017.11.015>
2. Klein P, Tyrlikova I. No prevention or cure of epilepsy as yet, *Neuropharmacology* (2019); 168 (9): 1062-77. <https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2019.107762>
3. world Health Organization. Epilepsy [Internet]. New York: world Health Organization; 2019[updated 2019 June 20; cited 2020 May 4th]. Available from: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy>
4. Pakdaman H. Epilepsy statistics in iran. Available at: <https://www.fardanews.com/fa/news/912282/>. Accessed Feb 4, 2020.
5. Zali. A. The incidence of epilepsy in Iran is 2 to 3 times higher than in the world. Available at: <https://www.irna.ir/news/83644110/>. Accessed Feb 9, 2020.
6. Shahhamzeh M, Fasihi Harandy T, Kabir K, Montazeri A, Asadi Shavaki M, Saei V. The relationship between self-management and quality of life in epileptic patients who referred to iranian epilepsy association. *Journal of health and care*. 2017; 19(2): 189-198.
7. Yadollahi S, Ashktorab T, Zayeri F. Medication Adherence and related factors in patients with epilepsy. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery.Tehran University of Medical Sciences*. 2015; 21(2): 67-80.
8. Zoppi M, M.A.S.Tedrus G, Tosello Laloni D. Stigma, emotional aspects, and psychological symptoms in individuals with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*. 2019; 93(1): 56-59. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2019.01.040>
9. Haji A, Mahmoud Fakhe H. Relationship of social support and self-management with quality of life in patients with epilepsy. *Journal of Health and Care*. 2015; 17(3): 240-247.
10. Yogarajah M, Mula M. Social cognition, psychiatric comorbidities, and quality of life in adults with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*. 2019; 100(1): 1-3. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2019.05.017>
11. Sheikhtaheri A, Ghandali F, Zamani Ghaletaki G. Determination of the required educational content in the development of educational mobile application for patients with epilepsy: perspectives of patients and physicians. *Journal of Health and Biomedical Informatics*. 2017; 4(1): 11-20.
12. Calogero L, Edoardo Cicero C, Padilla S, Mayaregua DR, Camargo Villarreal WM, Sofia V, Zappia M, Bartoloni A, Crespo Gómez EB, Nicolett A. Knowledge, stigma, and quality of life in epilepsy: Results before and after a community-based epilepsy awareness program in rural Bolivia. *Epilepsy & Behavior*. 2019; 92(1): 90-97. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2018.11.036>
13. Altalib HH, Lanham HJ, McMillan KK, Habeeb M, Fenton B, Cheung KH, Pugh MJ. Measuring coordination of epilepsy care: A mixed methods evaluation of social network analysis versus relational coordination. *Epilepsy & Behavior*. 2019; 97(1): 197-205. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2019.05.023>
14. Cund A, Boyd J. The nurse's role in efficiently using telecare. *Nursing and Residential Care*. 2018; 20(10), 490-496. <https://doi.org/10.12968/nrec.2018.20.10.490>
15. Fathi, Joelle T, Modin, Hannah E, Scott JD. Nurses advancing telehealth services in the era of healthcare reform. *Online Journal of Issues in Nursing* 0-10 : (2) 22 ;2017 .
16. Najafi S, Shaabani M, Momennassab M, Aghasadeghi K. The nurse-led telephone follow-up on medication and dietary adherence among patients after myocardial infarction: a randomized controlled clinical trial. *Int community based nurse midwifery*, 2016; 4 199-208 :3(.
17. Patterson V. Telemedicine for epilepsy support in resource-poor settings. *Front Public Health*. 2014; 120(2): 1-4. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2014.00120>
18. Bahrani K, Bhushan Singh M, Bhatia R, Prasad K, Vibha D, Shukla G, Vishnubhatla S, Patterson V. Telephonic review for outpatients with epilepsy-A prospective randomized, parallel group study. *Seizure*. 2017; 53(1): 55-61. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2017.11.003>
19. Rajbhandari H, Joshi S, Malakar Sh, Paudel P, Jain P, Uppadaya K, Singh M, Patterson V. Epilepsy field workers, a smartphone application and telephone telemedicine: Safe and effective epilepsy care in rural Nepal. *Seizure*. 2019; 64(1): 54-58. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2018.12.005>
20. Butterby BB, Souza ICD, Rocha CD, Oliveira

- JAD, Gomes FO., Cavalcan JEDS. Telemedicine: A great potential to be explored for epilepsy - Literature review. *Epilepsy*. 2013; 333(1): 1-14. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2013.07.061>
21. Reider-Demer M, Dawn E. Expanding the use of telemedicine in neurology: a pilot study. *Journal MTM*. 2018; 7(2):46-50. <https://doi.org/10.7309/jmtm.7.2.6>
 22. Kissani N, Modeste Lengané YT, Patterson V, Mesraoua B, Dawn E, Ozkara C, Shears J, Riphagen H, Asadi-Pooya AA, Bogacz A, ElAarrouni E, PankajakshanNair P. Telemedicine in epilepsy: How can we improve care, teaching, and awareness?. *Epilepsy & Behavior*. 2020; 103 (A): 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2019.106854>
 23. Sabzevari S, Lashkari T, Borhani F, Abaszadeh A. Effect of phone follow-up on quality of life in type II diabetic patients. *Medical - Surgical Nursing Journal* 2014; 3(2): 84-90
 24. Montazeri A, Taqa M, Vahdaninya MS, Ebrahimi F. Psychometric questionnaire of quality of life in adult patients with epilepsy (QOLIE-31-P). *Quarterly Payesh*. 2010; 9(4): 417-424.
 25. Sheiktaheri A, Ghandali F, Zamani Ghaletaki G. Determination of the required educational content in the development of educational mobile application for patients with epilepsy. *Journal of Health and Biomedical Informatics*. 2017; 4(1): 11-20.
 26. Yekefallah L, Najafi M, Shahrokhi A, Javadi HR, Mohammadpoorasl A. Effect of telenursing on quality of life of patients with atrial fibrillation referred to the teaching hospitals in Qazvin. *J Qazvin Univ Med Sci*. 2016; 20 (1): 56-62.
 27. Hu M, Zhang C, Xiao X, Guo J, Sun H. Effect of intensive self-management education on seizure frequency and quality of life in epilepsy patients with prodromes or precipitating factors. *Seizure*. 2020; 5(78): 38-42. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2020.03.003>
 28. Johnson Erica, Lashley Steven, Barber Jason, Brandling-Bennett Erica, Vossler David, Miller John, Caylor Lisa, Warheit-Niemi Tessala. Program of active consumer engagement in self-management in epilepsy: replication and extension of a self-management randomized controlled trial. *Epilepsia*. 2020; 61(6): 1129-1141. <https://doi.org/10.1111/epi.16530>
 29. Lua PL, Neni WS. Health-related quality of life improvement via telemedicine for epilepsy: printed versus SMS-based education intervention. *Qual Life Res*. 2013;22(8): 2123-32. <https://doi.org/10.1007/s11136-013-0352-6>
 30. Vejdani MA, Elhani F, Kermanshahi S. The effect of computer-based training package on the quality of life of adolescents with epilepsy. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*. 2011; 3(4): 89-99. <https://doi.org/10.29252/jnkums.3.4.89>
 31. Patterson V. Managing epilepsy by telemedicine in resource-poor settings. *Frontiers in Public Health*. 2019; 7(321): 1-6. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00321>
 32. Shin P, Francis-Auton E, Nikpour A, Herkes G, Bleasel A, Rapport F. Enhancing quality of life among epilepsy surgery patients: Interlinking multiple social and relational determinants. *Epilepsy & Behavior*. 2020; 102(1): 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2019.106721>
 33. Yadegary, MA, Maemodan F, dehghan nayeri Nahid, Ghanjekhanlo A. The effect of self-management training on health-related quality of life in patients with epilepsy. *Epilepsy & behavior*. 2015; 50(1): 108-112. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2015.04.051>
 34. Al-aqeel S, Gershuni O, Al-sabhan J, Hiligsmann M. Strategies for improving adherence to antiepileptic drug treatment in people with epilepsy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017; 2. Art. No: CD008312. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008312.pub3>