

بررسی تأثیر آموزش همتا محور بر میزان افسردگی بیماران مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس

علی دهقانی^۱، سیما محمدخان کرمانشاهی^۲، ربابه معماریان^۳، حمید حجتی^۴، مرتضی شمسی‌زاده^۵

چکیده

مقدمه: مولتیپل اسکلروزیس یک بیماری مزمن و تحلیل برنده سلول‌های عصبی مرکزی است که باعث افسردگی در بیماران می‌گردد و افراد گروه همتا بهتر می‌توانند همتایان خود را به انتخاب رفتارهای بهداشتی مناسب تشویق نمایند. این مطالعه با هدف تعیین تأثیر آموزش همتا محور بر افسردگی بیماران مولتیپل اسکلروزیس در سال ۱۳۹۰ انجام گردید.

روش: در این مطالعه نیمه تجربی پس از نمونه‌گیری ۱۱۰ بیمار مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس به روش غیرتصادفی در دسترس انتخاب گردیدند، نمونه‌ها به صورت تصادفی در دو گروه شاهد و مداخله تخصیص داده شدند. محیط پژوهش انجمن ام اس ایران بود. پس از آماده کردن گروه همتا، ۶ جلسه آموزشی توسط افراد همتا برای گروه مداخله در طی ۶ هفته انجام شد. جهت سنجش افسردگی از پرسشنامه بک استفاده گردید که قبل و بعد از ۴ ماه در هر دو گروه تکمیل گردید. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS v.16 و آزمون‌های آماری کای‌دو، تی‌زوجی و تی‌مستقل آنالیز گردیدند.

یافته‌ها: میانگین امتیاز افسردگی بین دو گروه قبل از مداخله با آزمون آماری تی‌مستقل اختلاف معناداری نشان نداد. لیکن بعد از اجرای مداخله این تفاوت بین دو گروه در میانگین امتیاز افسردگی معنادار شد ($p=0/001$). آزمون تی‌زوجی اختلاف معناداری در میانگین امتیاز افسردگی بیماران گروه مداخله بعد از آموزش همتا محور نشان داد ($p=0/000$), در حالی که همین آزمون اختلاف معناداری در میانگین امتیاز افسردگی بیماران گروه شاهد نشان نداد.

نتیجه‌گیری: آموزش همتا محور باعث کاهش افسردگی بیماران مولتیپل اسکلروزیس گردید. لذا استفاده از این رویکرد آموزشی در بیماران مولتیپل اسکلروزیس و بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن توصیه می‌شود.

کلید واژه‌ها: مولتیپل اسکلروزیس، همتا محور، افسردگی، برنامه آموزشی

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۱/۲۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۱۱/۱۷

۱ - کارشناس ارشد پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیکی: ali_dehghani1388@yahoo.com

۲ - استادیار، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۳ - استادیار، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۴ - کارشناس ارشد پرستاری، گروه پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علی آباد کتول، علی آباد کتول، ایران

۵ - کارشناس ارشد پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم شاهرود، شاهرود، ایران

مقدمه

بیماری مولتیپل اسکلروزیس یک بیماری مزمن و ناتوان کننده است که میلین سیستم اعصاب مرکزی (مغز و نخاع) را تخریب می کند (۱). این بیماری از شایع ترین بیماری های نورولوژیک در انسان و شایع ترین بیماری منجر به ناتوانی در جوانان است (۲). سن شروع بیماری بین سنین ۲۰ تا ۴۰ سالگی است (۳). و یکی از مهم ترین بیماری های تغییردهنده زندگی فرد می باشد، زیرا که معمولاً به بهترین دوران زندگی فرد صدمه زده و به تدریج او را به سمت ناتوانی پیش می برد (۴). این بیماری به دلایل مختلفی از جمله مزمن بودن، درگیری در سنین جوانی، ماهیت غیر قابل پیش بینی، عدم درمان قطعی، اختلال عملکرد اجتماعی و خانوادگی و غیره مشکلات روانی متعددی از جمله افسردگی در مبتلایان ایجاد می کند (۵ و ۶).

افسردگی یکی از شایع ترین اختلال روانی بیماران مولتیپل اسکلروزیس است که تقریباً در ۶۰-۵۰٪ بیماران مبتلا به ام اس دیده می شود (۷ و ۸). این علائم ممکن است ناشی از تأثیر مستقیم التهاب و دمیالینه شدن اعصاب و یا نتیجه عکس العمل عدم سازگاری با بیماری باشد (۹). بیماران مبتلا به ام اس که میزان افسردگی در آنها بالا می باشد، در هم گسیختگی نظام خانواده و حمایت اجتماعی را فراتر از آنچه که فقط به فاکتورهای نورولوژیکی بیماری می تواند نسبت داده شود، تجربه کرده اند (۱۰). به علاوه قصد خودکشی در بیماران ام اس به طور تنگاتنگی با افسردگی و شدت افسردگی مرتبط شده است (۱۱). برخی مطالعات نیز گزارش کردند که علائم افسردگی با ناتوانی، عود بیماری و بار اقتصادی زیادی همراه است (۱۱ و ۱۲). در مطالعات گذشته نگر نیز از خودکشی های انجام شده در جمعیت های مبتلا به ام اس، افسردگی مهم ترین فاکتور خطر برای خودکشی بوده است (۱۰). این نتایج پیشنهاد می کند که خدمات اضافی جهت کمک به بیماران برای سازگاری آنها با علائم افسردگی نیاز است هرچند آنها داروهایی نیز برای درمان افسردگی دریافت می کنند (۱۳ و ۱۴). اما درمان های دارویی متداول در تمام بیماران ام اس مؤثر نیست و از طرفی داروها دارای عوارض زیادی هستند (۱۵).

امروزه یکی از روش های مؤثر جهت کاهش افسردگی بیماران ام اس، درمان های غیردارویی نظیر گروه درمانی، تن آرامی و غیره است که یکی از این روش ها، دادن آموزش و اطلاعات کافی در ارتباط با بیماری، کنترل و پیگیری مراقبت از طرف افراد مطلع و درگیر با بیماری تحت عنوان گروه همتا می باشد. در این رویکرد آموزشی با توجه به ویژگی های مشابه اعضای یک محیط یادگیری ساده و مطمئن ایجاد می شود و بیماران تجارب خودشان را در ارتباط با بیماری که به طور مشترک به آن مبتلا هستند به اشتراک می گذارند (۱۶ و ۱۷). از طرف دیگر گروه همتا بهتر می توانند همتایان خود را به انتخاب رفتارهای بهداشتی مناسب تشویق کنند به خاطر این که آنها قادر هستند نقاط ضعف، قوت و تجارب رایج و مشترک را به اشتراک بگذارند (۱۸). در مطالعاتی نیز تأثیر مثبت این رویکرد آموزشی تأیید شده است از جمله مطالعه ای که توسط Shah و همکاران به منظور بررسی تأثیر برنامه آموزشی همتا محور بر کیفیت زندگی و بیماری زایی مرتبط در نوجوانان مبتلا به آسم صورت گرفت، نتایج ارتقای معناداری در کیفیت زندگی نوجوانان مبتلا به آسم نشان داد (۱۹). بنابراین استفاده از تجارب این افراد برای آرایه یک برنامه آموزشی به سایر افراد همتای خودشان که دچار مشکل هستند و هنوز به مهارت های لازم در مراقبت و کنترل علائم ناشی از بیماری نرسیده اند می تواند در سازگاری با بیماری و کنترل هرچه بهتر بیماری مفید باشد (۱۸ و ۲۰). لذا این سؤال در ذهن پژوهشگر ایجاد شد که آیا گروه همتا می تواند در کاهش افسردگی بیماران ام اس مؤثر واقع گردد؟ از این رو پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش همتا محور بر افسردگی بیماران ام اس صورت گرفت.

روش مطالعه

این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی است که با هدف تعیین تأثیر آموزش همتا محور بر افسردگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس عضو انجمن ام اس ایران (تهران) در سال ۱۳۹۰ انجام شده است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به ام اس عضو انجمن ام اس ایران بود. معیارهای ورود به مطالعه بیماران شامل تمام بیماران ۴۵-۲۰ ساله مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

عضو انجمن، حداقل سابقه ۶ ماه ابتلا به بیماری، بیماران تحت درمان و بدون تغییرات دارویی در طول دوره مطالعه و دارای امتیاز وضعیت گسترش ناتوانی بین ۵/۵-۰ بود (این امتیاز توسط پزشک انجمن تعیین می‌گردید). معیارهای خروج بیماران در این پژوهش شامل سابقه شرکت در برنامه‌های آموزشی مرتبط با سبک زندگی و روش‌های سازگاری و مقابله با افسردگی در طی ۶ ماه گذشته، ابتلا به سایر اختلالات حاد یا مزمن جسمی (مانند بیماری‌های ناتوان‌کننده قلبی، تنفسی، کبدی، اسکلتی عضلانی، کلیوی)، داشتن اختلال تکلم و یا شنوایی، نداشتن سواد خواندن و نوشتن جهت تکمیل پرسشنامه‌های پژوهش و کامل نکردن دوره پیگیری به طور کامل بود. حجم نمونه با اعتماد ۹۵٪ و خطای ۵٪ طبق فرمول پوکاک و براساس نتایج حاصل از مطالعه غفاری و همکاران (۳) تعداد ۵۵ بیمار در هر یک از گروه‌های شاهد و مداخله محاسبه گردید. انتخاب بیماران به صورت غیرتصادفی در دسترس انجام پذیرفت و سپس به صورت تصادفی در دو گروه شاهد و مداخله تخصیص داده شدند. سپس جهت رسیدن به اهداف پژوهش، ۵ بیمار مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس به عنوان گروه همتا انتخاب گردیدند. انتخاب این بیماران براساس ویژگی‌هایی از جمله سازگاری بهتر برای کنترل بیماری، توانایی اداره جلسات، روابط اجتماعی مناسب، علائم کمتر بیماری با تأیید پزشک انجمن، داشتن سابقه حداقل ۵ سال ابتلا به بیماری، داشتن تحصیلات لیسانس و بالاتر و داشتن علاقه برای رهبری گروه بود که ویژگی‌های فوق در بیماران توسط پزشک، روان‌شناس انجمن و بررسی‌های پژوهشگر در طی ۳ ماه تأیید و انتخاب گردیدند. سپس جهت آماده‌سازی بیماران گروه همتا برای آموزش گروه آزمون در مرحله مداخله، ۵ جلسه آموزشی توسط پژوهشگر مطابق با نیازهای بیماران گروه آزمون در بعد افسردگی براساس پرسشنامه نیازسنجی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن برای بیماران گروه همتا برگزار گردید. در این جلسات، بیماران گروه همتا تجربیات خودشان را در ارتباط با راهکارهای به کار گرفته جهت سازگاری و کاهش افسردگی بیان می‌کردند و پژوهشگر نیز در تمامی موارد فوق براساس کتب علمی موارد را اصلاح و تکمیل نمود. در مرحله بعد ۵۵ بیمار گروه آزمون جهت تسهیل در فرآیند آموزش به ۵ گروه ۱۱ نفره تقسیم و هر کدام از ۵

بیمار گروه همتا به طور تصادفی به یک گروه آزمون اختصاص داده شد. سپس با همکاری گروه همتا، جلسات آموزشی برای گروه آزمون در قالب ۶ جلسه آموزشی، حمایتی ۶۰ دقیقه‌ای برای هر جلسه که شامل آشنایی بیماران با یکدیگر و افراد همتا و به اشتراک گذاشتن تجربیات در زمینه علائم و مشکلات بیماری، ارائه و تمرین روش‌های تن آرامی تدریجی، تنفس عمیق و شکمی و سایر تجربیات افراد همتا در زمینه کاهش افسردگی و بیان تجربیاتی در زمینه راهکارهای کاهش مشکلات جسمی بیماری (اختلالات ادراری، خستگی و گرفتگی عضلات) که می‌تواند باعث افسردگی شود توسط گروه همتا برای بیماران گروه آزمون در محل انجمن ام اس ایران در طی ۶ هفته آموزش داده شد. محتوی و نحوه اجرای برنامه آموزشی برای همه گروه‌ها یکسان بود. روش اجرای جلسات بدین صورت بود که ابتدا فرد همتا تجربیات خود را جهت کاهش و سازگاری با افسردگی بیان می‌کرد و سپس بیماران با کسب این تجربیات و همچنین ارائه تجربیات خود در طول مدت ابتلا به بیماری اطلاعاتشان را با سایر بیماران گروه به اشتراک می‌گذاشتند. جلسات مورد نظر صرفاً آموزشی نبود بلکه شامل پرسش و پاسخ و طرح دیدگاه‌های بیماران در جهت رفع اشکال مربوطه نیز بود تا بیماران بتوانند از نظرات و تجربیات یکدیگر استفاده کنند. پژوهشگر نیز در تمام جلسات آموزشی به عنوان فرد مشاهده‌گر شرکت می‌کرد و در صورت نیاز به سؤالات بیماران پاسخ می‌داد. برای پیگیری اجرای برنامه در طول دو ماه بعد از مداخله، چک لیست‌های خودگزارش‌دهی مربوط به اجرای موارد آموزش داده شده، برای دو ماه به صورت روزانه تهیه شده بود تا بیماران گروه مداخله پس از اجرای روزانه برنامه آموزش داده شده آن‌ها را تکمیل نمایند که بعد از دو ماه چک لیست‌ها، جمع‌آوری و مورد ارزیابی قرار گرفت. لازم به ذکر است که برای بیماران گروه شاهد هیچگونه مداخله‌ای صورت نگرفت. ابزار جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش شامل پرسشنامه اطلاعات فردی مبتنی بر دو قسمت خصوصیات دموگرافیک (سن، جنس، قد، وزن، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، تعداد فرزندان، شغل، کفایت درآمد، نوع حمایت مالی) و اطلاعات مربوط به بیماری (طول مدت ابتلا، دفعات عود و بستری طی یک سال اخیر، اولین علامت و مهم‌ترین مشکل بیماری، ابتلا به سایر بیماری‌ها، نوع

تا آخر مطالعه بیماران ریزشی نداشتند و در نهایت مطالعه بر روی ۱۱۰ بیمار انجام گرفت. اطلاعات دموگرافیک و اطلاعات مربوط به بیماری نمونه‌ها در جدول شماره ۱ آورده شده است. متغیرهای کیفی جنس، وضعیت تأهل، تحصیلات، دفعات عود در یک سال اخیر، دفعات بستری در یک سال اخیر، نوع ام اس و وضعیت گسترش ناتوانی و متغیرهای کمی سن، طول مدت ابتلا به بیماری بین دو گروه تفاوت معناداری نداشتند.

با استفاده از آزمون تی مستقل مشخص شد که تفاوت معناداری در میانگین امتیاز افسردگی بین دو گروه شاهد و آزمون قبل از شروع مطالعه وجود نداشت ($p=0/225$). در حالی که ۴ ماه بعد بین میانگین امتیاز افسردگی دو گروه شاهد و آزمون با آزمون آماری تی مستقل تفاوت معناداری مشاهده شد ($p=0/001$). همچنین آزمون آماری تی زوجی بین میانگین امتیاز افسردگی گروه آزمون قبل و بعد از مداخله تفاوت معناداری نشان داد ($p=0/000$) این در حالی است که همین آزمون بین میانگین امتیاز افسردگی گروه شاهد قبل و بعد از مداخله تفاوت معناداری نشان نداد هرچند که میزان افسردگی گروه شاهد در بعد از مداخله نسبت به قبل از شروع مطالعه کاهش پیدا کرده اما این کاهش باعث ایجاد اختلاف معناداری نسبت به قبل از شروع مطالعه نگردیده است ($p=0/06$).

نتایج این پژوهش نشان داد که هیچگونه ارتباط معناداری بین شدت افسردگی با سن، جنس، وضعیت تأهل، درآمد، نوع مولتیپل اسکلروزیس، طول مدت ابتلا به بیماری، نوع داروی مصرفی و وضعیت گسترش ناتوانی وجود ندارد. ولی با استفاده از آزمون همبستگی بین متغیرها مشخص شد که بین شدت افسردگی و دفعات عود بیماری در طی یک سال اخیر ارتباط مستقیم و معناداری وجود دارد ($p=0/02$). بدین معنی که با افزایش دفعات عود بیماری، میزان افسردگی در بیمار افزایش می‌یابد.

داروی مصرفی، نوع ام اس، وضعیت گسترش ناتوانی) و پرسشنامه افسردگی بک جهت سنجش افسردگی بیماران مبتلا به ام اس بود. این پرسشنامه برای نخستین بار در سال ۱۹۶۱ توسط Beck و همکاران معرفی و در سال ۱۹۷۱ تجدیدنظر شد (۲۱). پرسشنامه افسردگی بک شامل ۲۱ سؤال چهار گزینه‌ای می‌باشد که کمترین نمره مربوط به هر سؤال صفر و بیشترین نمره آن ۳ است. نمره افسردگی و شدت افسردگی برابر استاندارد افسردگی بک به صورت فاقد افسردگی (۰-۹) خفیف (۱۰-۱۸) متوسط (۱۹-۲۹) و شدید (۳۰-۶۳) تعیین شده است. روایی این پرسشنامه در مطالعات مختلف داخل و خارج کشور مورد تأیید قرار گرفته است (۲۲-۲۴). جهت سنجش پایایی ابزار در این پژوهش از روش آزمون مجدد استفاده گردید بدین ترتیب که تکمیل پرسشنامه مذکور در دو نوبت و به فاصله ۷ روز توسط ۱۵ نفر از بیماران مبتلا به ام اس واجد شرایط صورت گرفت و پایایی ابزار با $I=0/92$ مورد تأیید قرار گرفت. در مطالعات دیگری نیز پایایی این ابزار از طریق آزمون مجدد مورد تأیید قرار گرفته است (۲۴). پرسشنامه افسردگی بک قبل از شروع مداخله و ۴ ماه بعد توسط نمونه‌ها در هر دو گروه شاهد و آزمون تکمیل گردید.

جهت رعایت ملاحظات اخلاقی بعد از ارایه مجوز از مدیریت پژوهشی دانشگاه تربیت مدرس به مسوولین انجمن، از کلیه بیماران رضایت آگاهانه اخذ و به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات مربوط به آنها محرمانه باقی می‌ماند و به آنان توصیه گردید که در صورت عدم تمایل می‌توانند در مطالعه شرکت نکنند و یا هر زمان که بخواهند از مطالعه خارج شوند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری کای دو، تی زوجی و تی مستقل انجام گردید و p کمتر از ۰/۰۵ از نظر آماری معنادار تلقی گردید.

یافته‌ها

در این پژوهش تعداد نمونه‌ها برای هر یک از گروه‌های شاهد و آزمون ۵۵ نفر در نظر گرفته شد که

جدول ۱- مشخصات دو گروه از نظر اطلاعات دموگرافیک و اطلاعات مربوط به بیماری

p-value	آزمون		شاهد		متغیر	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۰/۷۶	۳۶/۴	۲۰	۲۷/۲	۱۵	۲۰-۲۸	سن
	۴۰	۲۲	۳۶/۴	۲۰	۲۹-۳۷	
	۲۳/۶	۱۳	۳۶/۴	۲۰	۳۸-۴۵	
۰/۴۱	۷۲/۷	۴۰	۶۳/۶	۳۵	زن	جنس
	۲۷/۳	۱۵	۳۶/۴	۲۰	مرد	
۰/۵۱	۵۴/۵	۳۰	۴۳/۶	۲۴	مجرد	تاهل
	۳۶/۴	۲۰	۴۵/۵	۲۵	متاهل	
	۹/۱	۵	۱۰/۹	۶	مطلقه	
۰/۹۱	۹/۱	۵	۱۰/۹	۶	زیردیپلم	تحصیلات
	۵۴/۵	۳۰	۵۰/۹	۲۸	دیپلم	
	۳۶/۴	۲۰	۳۸/۲	۲۱	بالای دیپلم	
۰/۱۵	۲۰	۱۱	۲۳/۶	۱۳	بدون عود	دفعات عود بیماری طی یک سال گذشته
	۴۵/۵	۲۵	۳۳/۸	۱۸	یکبار	
	۲۵/۵	۱۴	۲۰	۱۱	دوبار	
	۹	۵	۳۳/۶	۱۳	بیشتر از ۲ بار	
۰/۰۶	۴۳/۶	۲۴	۳۶/۴	۲۰	بدون بستری	دفعات بستری طی یک سال گذشته
	۴۷/۳	۲۶	۳۲/۷	۱۸	یک بار	
	۹/۱	۵	۳۰/۹	۱۷	دو بار و بیشتر	
۰/۱۱	۶۳/۶	۳۵	۳۸/۲	۲۱	۱-۵	طول مدت ابتلا به بیماری (سال)
	۱۴/۶	۸	۳۴/۵	۱۹	۶-۱۰	
	۲۱/۸	۱۲	۳۷/۳	۱۵	۱۱-۲۰	
۰/۵۵	۸۷/۳	۴۸	۸۳/۶	۴۶	عودکننده - فروکش کننده	نوع ام اس
	۵/۵	۳	۱۰/۹	۶	پیشرونده ثانویه	
	۷/۲	۴	۵/۵	۳	پیشرونده اولیه	
۰/۸۰	۷۲/۸	۴۰	۶۷/۳	۳۷	۰-۱/۵	وضعیت گسترش ناتوانی
	۲۳/۶	۱۳	۲۹/۱	۱۶	۲-۳/۵	
	۳/۶	۲	۳/۶	۲	۴-۵/۵	

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمره افسردگی در دو گروه شاهد و آزمون قبل و بعد از مداخله

آزمون t زوجی	بعد		قبل		زمان مداخله	گروه
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
$p=۰/۰۶$ $t=۴/۳$	۶/۱۴	۱۷/۰۷	۱۰/۸۲	۱۹/۹۲		شاهد
$p=۰/۰۰۰$ $t=۷/۵$	۸/۳۳	۱۰/۳۱	۱۳/۶۴	۲۳/۰۹		مداخله
	$p=۰/۰۰۱$ $t=-۳/۳$		$p=۰/۲۲۵$ $t=۱/۲$			آزمون t مستقل

مداخله بین دو گروه شاهد و مداخله گردید و میزان افسردگی بیماران در گروه مداخله که از تجربیات گروه همتا استفاده کرده بودند نسبت به گروه شاهد کاهش داشته است. این در حالی است که میزان افسردگی قبل از مطالعه بین دو گروه تفاوت معناداری را نشان نداد. از جمله در مطالعه‌ای که توسط

بحث

این مطالعه با هدف تعیین تأثیر آموزش گروه همتا بر میزان افسردگی بیماران مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس انجام گردید. در این پژوهش، رویکرد آموزش گروه همتا باعث ایجاد تفاوت معناداری در نمره افسردگی بیماران بعد از

همچنین نتایج مطالعه‌ای که توسط Cui و همکاران تحت عنوان بررسی تأثیر مداخله آموزش همتا بر فعالیت جسمی و رفتار بی‌تحرک در نوجوانان چینی انجام شد، ارتقای معناداری در جهت افزایش فعالیت جسمی و کاهش رفتارهای بی‌تحرک (مانند استفاده از کامپیوتر و تلویزیون، گوش دادن به موسیقی و غیره) در نوجوانان گردید (۲۹). مطالعات اخیر انجام شده نیز نشان داده که برنامه‌های آموزشی که توسط گروه همتا آموزش داده می‌شود می‌تواند به طور مؤثری افراد را در جهت افزایش رفتارهای بهداشتی مثبت تشویق نماید. از جمله Joseph و همکاران می‌نویسند که برنامه مداخله حمایتی همتا رویکرد آموزشی مؤثرتری نسبت به افراد حرفه‌های مراقبت بهداشتی در جهت تغییر رفتار همتایان برای پیشگیری و کنترل بیماری است (۳۰). در پژوهش حاضر نیز بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس که تازه کار بودند و سال‌های اولیه بیماری آن‌ها بود، نگرانی و احساسات خود را با افراد همتا که شرایطی مشابه شرایط خودشان را داشتند و با بیماری خود و کنترل علائم بیماری به سازگاری مطلوبی رسیده بودند و تجربیات مفیدی داشتند، در یک محیط دوستانه و تحت نظارت پژوهشگر به اشتراک گذاشتند و از راهکارهای افراد همتا و اشتراک فکر با همدیگر جهت غلبه بر افسردگی خود استفاده کردند که نتایج پژوهش نیز مؤید همین مسأله است. Dennis دلایل عمده تأثیر مداخله حمایتی گروه همتا بر کاهش علائم افسردگی را کاهش گوشه‌گیری و انزواطلبی بیماران، کاهش استرسور، افزایش به اشتراک گذاشتن اطلاعات مربوط به سلامت و خودمدیریتی، فراهم کردن الگوی مثبت و مؤثر و افزایش نقش خودمراقبتی بیماران می‌داند (۳۱). لذا نتایج این مطالعه و سایر مطالعات انجام شده در این زمینه می‌تواند پیشنهاددهنده استفاده از گروه همتا (استفاده از خود بیماران مبتلا به بیماری مورد نظر) به جای استفاده از متخصصین حرفه‌های مراقبت بهداشتی از جمله پزشک، پرستار و غیره در جهت تغییر رفتار بیماران به خصوص بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن باشد (۳۱ و ۳۲). در این پژوهش مشخص گردید که بین افسردگی با سن، جنس، وضعیت تأهل، درآمد، نوع مولتیپل اسکلروزیس، طول مدت ابتلا به بیماری، نوع داروی مصرفی و وضعیت گسترش ناتوانی ارتباط معناداری وجود ندارد. غفاری و همکاران و Patten و همکاران نیز در مطالعه خود ارتباط معناداری میان متغیرهای فوق با افسردگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس نیافتند (۳ و ۳۳). با این تفاوت که نتایج مطالعه

Tam و همکاران به منظور حمایت همتا و ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز تحت درمان با داروهای ضد ویروس در ویتنام صورت گرفت، نتایج ارتقای معناداری در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز بعد از ۱۲ ماه در نتیجه آموزش و حمایت همتا در گروه مداخله نشان داد (۲۵). همچنین نتایج مطالعه Richard و همکاران به منظور بررسی تأثیر مداخلات آموزش همتا بر کاهش رفتارهای پر خطر تزریقی برای عفونت ویروس هپاتیت C و HIV، حاکی از تأثیر برنامه آموزش همتا بر افزایش اطلاعات، تقویت مهارت‌های کم خطر و کاهش رفتارهای پر خطر جنسی و تزریقی در بالغین جوان می‌باشد (۲۶). نتایج مطالعه GURSOY و همکاران نیز که به منظور بررسی تأثیر آموزش گروه همتا به دو شیوه فردی و گروهی بر دانش خودآزمایی پستان و اعتقادات بهداشتی دانشجویان در ترکیه انجام شد، حاکی از تأثیر آموزش گروه همتا بر افزایش دانش خودآزمایی پستان و اعتقادات بهداشتی دانشجویان می‌باشد. در این مطالعه همچنین آموزش به شیوه گروهی توسط همتا (یک فرد همتا به یک گروه آموزش می‌دهد) تأثیر بهتری نسبت به آموزش به شیوه فردی توسط همتا (یک فرد همتا به یک فرد آموزش می‌دهد) داشته است (۲۷). در پژوهش حاضر نیز از آموزش گروهی بیماران مولتیپل اسکلروزیس توسط همتا (گروه‌های ۱۱ نفری که آموزش آن‌ها توسط یک فرد همتا صورت می‌گرفت) استفاده گردید و نتایج به طور معناداری باعث کاهش افسردگی بیماران گروه آزمون در بعد از مداخله گردید که می‌تواند مؤید این باشد که در آموزش گروهی توسط همتا، بیماران تجارب و اطلاعات خودشان را با دیگر افراد گروه که هر کدام شرایط متفاوتی را جهت سازگاری با بیماری تجربه کرده‌اند به اشتراک می‌گذارند و به نتیجه مطلوب‌تری می‌رسند. همچنین در پژوهش حاضر آزمون آماری تی‌زوجی اختلاف معناداری بین میانگین امتیاز افسردگی گروه مداخله قبل و بعد از مداخله نشان داد که خود نشان‌دهنده تأثیر آموزش گروه همتا بر کاهش افسردگی بیماران گروه مداخله که در جلسات آموزشی گروه همتا شرکت کرده‌اند، می‌باشد. از جمله در مطالعه‌ای که توسط Mash و Mash تحت عنوان ارزیابی نیمه تجربی برنامه پیشگیری از ایدز توسط آموزش گروه همتا در آفریقای جنوبی انجام گردید، نتایج نشان داد که آموزش گروه همتا باعث افزایش معنادار استفاده از روش‌های پیشگیری و کاهش رفتارهای پرخطر جنسی در بین جوانان شده است (۲۸).

کلاس‌های آموزشی، روش نمونه‌گیری بیماران و همچنین جامعه آماری بیماران ام اس شهر تهران بود که موارد فوق از کنترل محقق خارج و در تعمیم نتایج به جوامع دیگر باید احتیاط نمود.

نتیجه‌گیری

در این پژوهش مشخص گردید که استفاده از گروه همتا و تجربیات این افراد به عنوان آموزش‌دهندگان برنامه آموزشی توانست میزان افسردگی را در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس به میزان معناداری کاهش دهد. لذا استفاده از تجربیات افراد همتا و برخورداری از مزیت‌هایی مانند آموزش آسان، کم هزینه، مؤثر، مبتنی بر تجربیات زندگی شده و عدم نیاز به تجهیزات ویژه، جهت آموزش و به‌کارگیری در بیماران مبتلا به سایر بیماری‌های مزمن و همچنین تأثیر آن بر سایر علائم بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس پیشنهاد می‌شود.

تشکر و قدردانی

از کلیه بیمارانی که با وجود مشکلات فراوان ناشی از بیماری در این پژوهش شرکت داشتند تشکر می‌گردد. همچنین از مسؤولین محترم انجمن ام اس ایران و معاونت محترم پژوهشی دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس صمیمانه تشکر به عمل می‌آید.

غفاری و همکاران و مطالعه Janssens و همکاران مؤید ارتباط معنادار بین افسردگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس با وضعیت گسترش ناتوانی می‌باشد (۳۴) که با نتایج مطالعه حاضر هم‌خوانی ندارد که شاید به این دلیل باشد که عمده بیماران مبتلا به ام اس شرکت‌کننده در این پژوهش (۷۰٪) امتیاز وضعیت گسترش ناتوانی آن‌ها خفیف بود. وجود ارتباط مستقیم و معنادار بین افسردگی با تعداد دفعات عود بیماری نتیجه دیگری بود که از این پژوهش حاصل گردید. در مجموع بیشتر مطالعات انجام شده در زمینه گروه همتا حاکی از تأثیر مثبت و سودمندی این روش آموزشی بوده است که احتمالاً به این دلیل باشد که بیماران به تجربیات افرادی که شرایطی مشابه با شرایط خودشان را داشته‌اند اطمینان بیشتری جهت مؤثر واقع شدن آن‌ها دارند و این تجربیات را به کار می‌گیرند. از مزیت‌های پژوهش حاضر نسبت به سایر مطالعات در این زمینه شامل گزینش خوب گروه همتا به دلیل این که تجربیات بسیار مؤثری درباره شرایط بیماری خود داشتند و آن را به صورت ساده و مؤثر به بیماران هم‌تای خود انتقال دادند، حجم نمونه مناسب، تخصیص تصادفی و همسان‌سازی، آماده‌سازی گروه همتا، همکاری و پیگیری خوب بیماران جهت به‌کارگیری تجربیات بود.

محدودیت‌های این پژوهش شامل نوع شخصیت افراد، خصوصیات شخصیتی آن‌ها در پذیرش موارد آموزشی و مسؤولیت‌پذیری افراد در قبال سلامتی خود، حالات روحی نمونه‌های پژوهش در زمان برگزاری

منابع

- 1 - Murray JT. Multiple sclerosis the history of disease. 12th ed. New York: Demos Medical Publishing; 2005. P. 14.
- 2 - Nabavi SM, Poorfarzam S, Ghassemi H. Clinical Course and prognosis of 203 patients with MS in shahid Mostafa Khomeini Hospital, Tehran 2002. Tehran University Medical Journal. 2006; 64(7): 90-7 (Persian)
- 3 - Ghafari S, Ahmadi F, Nabavi M, Memarian R. Effects of applying progressive muscle relaxation technique on depression, anxiety and stress of multiple sclerosis patients. Iran National MS Society Pejouhesh. 2008; 32(1):45-53 (Persian)
- 4 - Ghaffari S, Ahmadi F, Nabavi M, Kazemnejad A. The effect of hydrotherapy on quality of life in female patients with multiple sclerosis. Journal of Rehabilitation. 2008; 9(34): 1-8. (Persian)
- 5 - Mohr DC, Pelletier D. A temporal framework for understanding the effects of stressful life events on inflammation in patient with multiple sclerosis. Brain Behav Immun. 2006; 20(1): 27-36.
- 6 - Poser CM. The diagnosis and management of multiple sclerosis; J Acta Neural Scand; 2005. 112(3): 199-201.
- 7 - Liu XJ, Ye HX, Li WP, Dai R, Chen D, Jin M. Relationship between Psychosocial Factors and Onset of Multiple Sclerosis. Eur J Neurol. 2009; 62(3): 130-6.
- 8 - Mitchell A, Benitoleon J, Moralesganzalez MJ, Riveranavarro J. Quality of life and its assessment in multiple sclerosis: integrating physical and psychological components of wellbeing. Lancet Neural. 2005; 4: 556-66.

- 9 - Brajkovic L, Bras M, Milunovic V, Basic I, Boban M, Loncar Z, Mickovic V, Gregurek R. The Connection between Coping Mechanisms, Depression, Anxiety and Fatigue in Multiple Sclerosis. *Collegium Antropologicum*. 2009; 33(2): 135-40.
- 10 - Chwastiak LA, Ehde DM. Psychiatric Issues in Multiple Sclerosis. *Psychiatric Clin North Am*. 2007; 30(4): 803-17.
- 11 - Kirchner T, Lara S. Stress and depression symptoms in patients with multiple sclerosis: the mediating role of the loss of social functioning. *Acta Neurological Scand*. 2010; 12(4): 215-21.
- 12 - Claudia CB, Alex KS, Brown A. Depression in Multiple Sclerosis: A Longitudinal Analysis. *Arch Psychiatr Nurs*. 2007; 21(4): 181-91.
- 13 - Gilbody S, Bower P, Fletcher J, Richards D, Sutton AJ. Collaborative care for depression- A cumulative meta-analysis and review of longerterm outcomes. *Arch Intern Med*. 2006; 166(21): 2314-21.
- 14 - Chwastiak LA, Ehde DM. Psychiatric Issues in Multiple Sclerosis. *Psychiatric Clin North Am*. 2007; 30(4): 803-17.
- 15 - Phillips CJ. The cost of multiple sclerosis and the cost effectiveness of disease- modifying agents in its treatment. *CNS Drugs*. 2004; 18(3): 561-74.
- 16 - Price N, Knibbs S. How effective is peer education in addressing young peoples sexual and reproductive health needs in developing countries? *Children & Society*. 2009; 23: 291-302.
- 17 - Keller R, Frank-bader M, Beltrun K, Ascalon M, Bowar-ferres SL. Peer education: An innovative approach for integrating standards into practice. *J Nurs Care Qual*. 2011; 26(2): 120-7.
- 18 - Helgeson Vicki S, Cohen Sheldon M, Schulz Richard, Yasko Joyce. Education and Peer Discussion Group Interventions and Adjustment to Breast Cancer. *Arch gen psychiatry*. 1999; 56: 340-7.
- 19 - Shah S, Peat JK, Mazurski EJ, Wang H, Sindhusake D, Bruce C, Henry R, Gibson PG. Effect of peer led programme for asthma education in adolescents: cluster randomized controlled trial. *BMJ*. 2001; 322: 1-5.
- 20 - Bleeker A. The Drug Stop Project (DSP): the development, implementation and evaluation of a drug and alcohol peer education project for young people. Presentation for the 2nd International Drugs and Young People Conference. Melbourne, Australia. 2001; 4-6.
- 21 - Beck A, Steer A. Beck Depression Inventory Manual. San Antonio, TX: Psychological Corporations 1987.
- 22 - Beck AT, Brad A. Depression Causes and Treatment. Second Edition, Philadelphia: University of Pennsylvania press; 2009.
- 23 - Zahiraden A, Hayate M, Gadidi M, Samimi M. Survey of depression in chronic hemodialysis patients in aedabil city. *Scientific Journal of Ardabel University of Medical Sciences*. 2006; 5(3): 256-259.
- 24 - Mahmody Sh, Sallngad Gh, Nazaryan S, Yaghobi M. A comparison study of depression between hemodialysis patients and renal transplant recipients. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2000; 5(18): 73-80 (Persian)
- 25 - Tam V, Larsson M, Pharris A, Diedrichs B, Nguyen H, Nguyen C, Dang Ho P, Marrone G, Thorson A. Peer support and improved quality of life among persons living with HIV on antiretroviral treatment: A randomised controlled trial from north-eastern Vietnam. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2012; 10(53): 1-21.
- 26 - Richard SG, Elizabeth TG, Alan EG, Hagan H, Hanson DL, Hudson SM, et al. A peer-education intervention to reduce injection risk behaviors for HIV and hepatitis C virus infection in young injection drug users. *AIDS*. 2007; 21(14): 1923-32.
- 27 - Gursoy A, Yilmaz F, Erdol H. The Effect of peer education on university students knowledge of breast self-examination and health beliefs. *The Journal of Breast Health*. 2009; 5 (3): 135-40.
- 28 - Mash R, Mash RJ. A quasi-experimental evaluation of an HIV prevention programme by peer education in the Anglican Church of the Western Cape, South Africa. *BMJ Open*. 2012 Apr 13; 2(2): 1-8.
- 29 - Cui Z, Shah S, Yan L, Pan Y, Gao A, Shi X. Effect of a school-based peer education intervention on physical activity and sedentary behaviour in Chinese adolescents: a pilot study. *BMJ*. 2012; 2: 1-10.
- 30 - Gillespie P, Shea E. Cost Effectiveness of Peer Support for Type 2 Diabetes. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 2012; 28(1): 3-11.
- 31 - Dennis CL. Peer support within a health care context: a concept analysis. *Int J Nurs Stud*. 2003; 40(3): 321-32.
- 32 - Fisher E, Boothroyd R, Coufal M, Baumann L, Mbanya G, Rotheram-Borus M. Peer Support For Self- Management Of Diabetes Improved Outcomes In International Settings. *Health Affairs*. 2012; 31(1): 130-9.
- 33 - Patten SB, Lavorato DH, Metz LM. Clinical correlates of CES-D depressive symptom ratings in an MS population. *General Hospital Psychiatry*. 2005; 27: 439- 45.
- 34 - Janssens AC, van Doorn PA, de Boer JB, van der Meche FG, Passchier J, Hintzen RQ. Perception of prognostic risk in patients with multiple sclerosis: the relationship with anxiety, depression, and disease-related distress. *J Clin Epidemiol*. 2004 Feb; 57(2): 180-6.

The effect of peer-led education on depression of multiple sclerosis patients

Dehghani¹ A (MSc.) - Kermanshahi² S (Ph.D) - Memarian³ R (Ph.D) - Hojjati⁴ H (MSc.) - Shamsizadeh⁵ M (MSc.).

Introduction: Multiple Sclerosis is a chronic and degenerative disease related to the central nervous system that causes depression in patients. Peer group can better encourage their peers to select the appropriate behavior. This study aimed to determine the impact of peer-led education on depression of multiple sclerosis patients in 2011.

Methods: This quasi-experimental study was performed by selecting 110 multiple sclerosis patients and allocation of randomized two groups of tests and control groups (each group included 55 patients). The MS Society of Iran was the research environment. After preparing the peer group, six training sessions were held during six weeks by peer group for the test group. Data collection tool was a questionnaire named Beck Depression Inventory (BDI) to assess patients' depression; this was completed by both groups before and 4 months after the program. The data were analyzed using SPSS v.16 software and chi-square test, paired T and independent T.

Results: There was no significant difference in depression score between two groups before intervention but the difference was shown significant between two groups after intervention using independent t test ($P=0.001$). Pair t test showed a significant difference in the depression reduction in the test group after peer group performance ($P=0.000$), whereas the same test showed no significant difference in the control group.

Conclusion: Peer-led education caused depression reduction in patients with MS. Hence use of this teaching method in multiple sclerosis and patients with chronic diseases is recommended.

Key words: Multiple sclerosis, peer-led, depression, training program

Received: 5 February 2013

Accepted: 9 April 2013

1 - Corresponding author: MSc. in Nursing, Department of Nursing, School of Nursing and Paramedics, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran

e-mail: ali_dehghani1388@yahoo.com

2 - Assistant Professor, Department of Nursing, Faculty of Medicine, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

3 - Assistant Professor, Department of Nursing, Faculty of Medicine, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

4 - MSc. in Nursing, Department of Nursing, Islamic Azad University Aliabad Katoul Branch, Golestan, Iran

5 - MSc. in Nursing, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran