

تأثیر اجرای برنامه آموزش گروه همتا بر میزان استرس بیماران مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس

علی دهقانی¹، سیما محمدخان کرمانشاهی^{2*}، ربابه معماریان²

1- کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، گروه پرستاری، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

2- استادیار، دکترای آموزش پرستاری، گروه پرستاری، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

تاریخ دریافت: 90/10/17 تاریخ پذیرش: 90/12/17

چکیده

زمینه و هدف: بیماری مولتیپل اسکلروزیس یک بیماری مزمن و تحلیل برنده سلول‌های عصبی مرکزی است که به دلایلی از جمله ماهیت مزمن، نداشتن پیش‌آگهی و درمان قطعی باعث استرس در بیماران می‌شود. لذا این مطالعه با هدف بررسی تأثیر برنامه آموزش گروه همتا بر استرس بیماران مولتیپل اسکلروزیس در سال 1390 انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه کارآزمایی بالینی، 110 بیمار مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس به صورت تصادفی به دو گروه آزمون و شاهد (هر گروه 55 نفر) تقسیم شدند. بعد از آماده کردن گروه همتا، 6 جلسه آموزشی توسط افراد همتا برای گروه آزمون در طول دو ماه انجام شد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسش‌نامه DASS 21 بود که جهت سنجش استرس بیماران قبل و بعد از 4 ماه در هر دو گروه تکمیل گردید. جهت تحلیل یافته‌ها از نرم افزار SPSS نسخه 16 استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج اختلاف معنی‌داری در نمره استرس بیماران گروه آزمون و شاهد قبل از مداخله نشان ندادند ($p=0/24$). این در حالی است که بعد از اجرای مداخله اختلاف نمره استرس در دو گروه معنی‌داری شد ($p=0/001$). همچنین نمره استرس در گروه آزمون بعد از مداخله معنی‌داری بود ($p=0/001$) اما اختلاف معنی‌داری در نمره استرس بیماران گروه شاهد مشاهده نشد ($p=0/39$).

نتیجه‌گیری: برنامه آموزش گروه همتا موجب کاهش استرس بیماران مولتیپل اسکلروزیس گردید. از این رو پیشنهاد می‌شود جهت آموزش بیماران مولتیپل اسکلروزیس از گروه همتا استفاده شود.

واژگان کلیدی: برنامه آموزشی، مولتیپل اسکلروزیس، گروه همتا، استرس

*نویسنده مسوول: تهران، بزرگراه جلال آل احمد، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده پزشکی، گروه پرستاری

مقدمه

بیماری مولتیپل اسکلروزیس (Multiple Sclerosis-MS) یک بیماری مزمن پیشرونده و تخریب کننده میلین سیستم عصبی مرکزی می باشد که عملکرد حسی و حرکتی را تحت تاثیر قرار می دهد (1). این بیماری یکی از مهم ترین بیماری های تغییر دهنده 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 (2). میزان شیوع آن نیز 1/1 میلیون نفر در جهان می باشد (1). طبق گزارش انجمن ام اس ایران در سال 1389، حدود 18000 نفر بیمار در کشور ثبت شده اند و این رقم رو به افزایش است. شایع ترین سن ابتلا به بیماری 20 تا 40 سال می باشد یعنی سال هایی که در آن فرد بیشترین مسئولیت های خانوادگی و اجتماعی را بر عهده دارد و در واقع در سنین باروری می باشد (1). پیش آگهی این بیماری نامعلوم بوده و بیماران انواع اختلالات متغیر جسمی و روانی ناشی از بیماری را تجربه می کنند که این اختلالات عملکرد روزانه، زندگی اجتماعی و خانوادگی، استقلال عملکردی و برنامه ریزی فرد برای آینده را به شدت تحت تاثیر قرار می دهد و در کل احساس خوب بودن را در فرد به شدت تخریب می کند (3). از موارد ذکر شده می توان نتیجه گرفت که این بیماری می تواند باعث ایجاد علائم و اختلالات خلقی و روانی ناشی از مزمن بودن ماهیت بیماری و نداشتن پیش آگهی قطعی در بیمار گردد (4). در 85 تا 90 درصد موارد در بیماری MS دوره های تشدید علائم بیماری و بهبود وجود دارد که تشدید بیماری غیرقابل پیش بینی است و امروزه معلوم گردیده که استرس های روان شناختی باعث فعال شدن این بیماری می شوند (5). مطالعه آکرم و همکاران (2002) که روی 23 زن مبتلا به MS به مدت یک سال انجام شد، مشخص کرد که در 85 درصد موارد تشدید بیماری بعد از رویدادهای تنش زا (که حتی 6 هفته قبل رخ داده بود) ایجاد شده است و در حقیقت استرس به عنوان یک عامل فعال کننده در برگشت بیماری مطرح است (6). هم چنین گزارشات اخیر آکادمی نورولوژی آمریکا نیز

حاکی از آن است که یکی از مهم ترین عوامل تشدید کننده بیماری MS، استرس های ناشی از رویدادهای زندگی است (7). نتایج مطالعه ای تحت عنوان بررسی ارتباط بین استرس و میزان عود علائم در بیماران مبتلا به MS نشان داده است که علائم عود بیماری و بستری شدن های مکرر در بیمارانی که از سطح استرس بالاتری برخوردار هستند بیشتر بوده است (8). بنابراین می توان اذعان نمود که بین استرس و تشدید بیماری MS رابطه قوی وجود دارد (7). از این رو کاهش و مهار استرس در این بیماران بسیار حائز اهمیت می باشد و از آنجا که درمان های دارویی در تمام بیماران مولتیپل اسکلروزیس موثر نیست و از طرفی داروها دارای عوارض زیادی هستند، استفاده از درمان های غیر دارویی جهت کنترل علائم بیماران امری معقول به نظر می رسد (9). امروزه روش های مختلفی برای مقابله و مهار استرس به وجود آمده که فقط توانسته اند در کوتاه مدت سطح استرس بیماران را کاهش دهند و برخی نیز حاکی از عود مجدد استرس و بیماری در بیماران MS است (6، 8). اما به نظر می رسد یکی از موثرترین راه ها که می تواند سطح استرس در این بیماران را به صورت مداوم کاهش دهد، استفاده از گروه همتا (Peer group) است. در این رویکرد آموزشی با توجه به ویژگی های مشابه اعضاء یک محیط یادگیری ساده و مطمئن ایجاد می شود. افراد جوان (که اکثر بیماران MS نیز جوان می باشند) برای پرسیدن بعضی سئوالات از پرسنل بهداشتی ترس دارند که در برنامه های آموزش همتا قادر هستند بدون ترس از قضاوت یا برچسب زدن، آن را با دیگران که ویژگی های مشابه خود را دارند بحث کنند و از طریق به اشتراک گذاشتن دو طرفه تجارب، دانش و اطلاعات خوبی در مورد راه های کاهش استرس به دست آورند (10، 11). مطالعات متعددی تاثیرات گروه همتا را تایید کرده است از جمله مطالعه ای که شریف و همکاران (2009) به منظور بررسی تاثیر آموزش گروه همتا بر کیفیت زندگی بیماران ماستکتومی شده انجام دادند، نتایج ارتقاء معنی داری را در همه جنبه های عملکردی کیفیت زندگی و کاهش علائم در گروه آزمون نشان داد (12). بنابراین از آنجا

که ارتباطات اجتماعی با سایر بیماران و آموزش از جانب افراد همتا که خودشان شرایط مورد نظر را تجربه کرده‌اند، بیماران را برای سازگاری با بیماری‌های مزمن توانا می‌سازد و حمایت اجتماعی و وضعیت روحی مناسب بر وضعیت فیزیولوژیکی، عملکردی و روحی بیماران تاثیرگذار است و مزایای دیگر از جمله آموزش آسان، صرفه جویی در هزینه‌ها و عدم نیاز به تجهیزات ویژه (13) این سوال را در ذهن پژوهشگر ایجاد کرد که با توجه به مزمن بودن بیماری و امکان استفاده از تجربیات گروه همتا، آیا این تکنیک می‌تواند در کاهش استرس بیماران مبتلا به MS موثر واقع گردد؟ لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر برنامه آموزش گروه همتا بر استرس بیماران مبتلا به MS انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

این مطالعه کارآزمایی بالینی با هدف بررسی تاثیر برنامه آموزش گروه همتا بر استرس بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس عضو انجمن MS ایران در سال 1390 انجام شد. جامعه آماری این پژوهش شامل تمام بیماران 45 - 20 ساله مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس عضو انجمن بودند که این بیماران بدون تغییرات دارویی در طول دوره مطالعه بوده و امتیاز وضعیت گسترش ناتوانی (Expanded Disability Status Scale -EDSS) آنها بین صفر تا 5/5 بود (امتیاز فوق توسط پزشک انجمن تعیین می‌گردد). امتیاز وضعیت گسترش ناتوانی بین صفر تا 10 است که 10 نشان‌دهنده مرگ و صفر نشان‌دهنده وضعیت طبیعی و نداشتن هیچ‌گونه مشکل در زمینه عملکرد سیستم‌ها است (14). معیارهای حذف نمونه در این پژوهش شامل سابقه شرکت در برنامه‌های آموزشی در ارتباط با سبک زندگی و روش مقابله با استرس در طی 6 ماه گذشته، ابتلا به سایر اختلالات حاد یا مزمن جسمی (مانند بیماری‌های ناتوان کننده قلبی، تنفسی، کبدی، اسکلتی عضلانی، کلیوی)، داشتن اختلال تکلم و یا شنوایی، نداشتن سواد خواندن و نوشتن جهت تکمیل پرسش‌نامه‌های پژوهش و داشتن سابقه ابتلا به بیماری کمتر

از 6 ماه بود. هم‌چنین بیمارانی که دوره پی‌گیری را به طور کامل طی نکردند از مطالعه خارج شدند. جهت تعیین حجم نمونه با استفاده از فرمول پوکاک و جدول آماری گینگی و نتایج پژوهش مشابه (1) تعداد نمونه در هر گروه 52 نفر مشخص گردید که با توجه به ریزش احتمالی نمونه‌ها، تعداد نمونه‌ها برای هر یک از گروه‌های شاهد و آزمون 55 نفر در نظر گرفته شد. انتخاب بیماران به صورت غیر تصادفی انجام پذیرفت و سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمون و شاهد تخصیص داده شدند. در مرحله انتخاب گروه همتا، 5 نفر بیمار مبتلا به MS که دارای ویژگی‌هایی از قبیل سازگاری بهتر برای کنترل بیماری، روابط اجتماعی مناسب، توانایی اداره جلسات، علائم کمتر بیماری با تایید پزشک انجمن، داشتن سابقه حداقل 5 سال ابتلا به بیماری، داشتن تحصیلات بالاتر، علاقه داشتن به رهبر گروه بودند، توسط بررسی‌های پژوهش‌گر و با کمک روان‌شناس و پزشک انجمن جهت آموزش به بیماران گروه آزمون انتخاب شدند. سپس مطابق با نیازهای بیماران گروه آزمون در بعد استرس و هم‌چنین نیازسنجی انجام شده از بیماران گروه همتا با استفاده از پرسش‌نامه نیازسنجی، تعداد 5 جلسه آموزشی یک ساعته توسط پژوهش‌گر برای گروه همتا جهت این که آنها برای آموزش بیماران گروه آزمون آماده شوند، اجرا گردید که در این جلسات، بیماران گروه همتا تجربیات خودشان را در ارتباط با راهکارهای به کار گرفته جهت کاهش استرس بیان می‌کردند که پژوهش‌گر در تمامی موارد فوق بر اساس کتب علمی موارد را اصلاح و تکمیل نمود. سپس در جلسه‌ای توانایی گروه همتا برای آموزش، هدایت و کنترل جلسات آزمایش گردید. بدین ترتیب که از هر کدام از 5 نفر گروه همتا به طور جداگانه خواسته شد که درباره موضوع به خصوصی که باید در جلسات با بیماران گروه آزمون بحث شود صحبت نمایند (پرسش و پاسخ) که بدین صورت در طی 5 جلسه، گروه همتا جهت آموزش به بیماران گروه آزمون آمادگی کامل را پیدا کردند و از نظر پژوهش‌گر و روان‌شناس انجمن مورد تایید قرار گرفتند. بعد از اتمام جلسات با گروه همتا، 55 بیمار گروه آزمون در

جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش شامل پرسش‌نامه اطلاعات فردی مبتنی بر دو قسمت خصوصیات دموگرافیک و اطلاعات مربوط به بیماری و پرسش‌نامه DASS 21 جهت سنجش استرس بیماران مبتلا به MS بود که در این پژوهش ابعاد استرس (7 سوال) آن مورد استفاده قرار گرفت. این پرسش‌نامه به صورت لیکرات طراحی شده است و دارای گزینه‌های اصلاً، کم، متوسط و زیاد می‌باشد. کمترین نمره مربوط به هر سوال صفر و بیشترین نمره 3 است. روایی این پرسش‌نامه در مطالعات مختلف داخل و خارج کشور مورد تایید قرار گرفته است (1، 15-17). جهت سنجش پایایی ابزار از همگنی درونی و ضریب آلفای کرونباخ استفاده گردید، بدین ترتیب که پرسش‌نامه توسط 20 نفر از بیماران مبتلا به MS واجد شرایط تکمیل و پایایی ابزار با آلفای معادل 0/75 مورد تایید قرار گرفت. در مطالعات دیگری نیز پایایی این ابزار از طریق آزمون مجدد مورد تایید قرار گرفته است (1، 15). به طور کلی پرسش‌نامه DASS 21 دو مرتبه (قبل از شروع مداخله و 4 ماه بعد) توسط نمونه‌ها در هر دو گروه شاهد و آزمون تکمیل گردید.

پژوهش‌گر با مجوز از دانشگاه تربیت مدرس و موافقت مسئولین انجمن به محیط پژوهش وارد شد. سپس با تکمیل رضایت‌نامه کتبی و آگاهانه توسط بیماران به آنها 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 و به مسئولین انجمن نیز در مورد آگاه شدن آنها از نتایج پژوهش اطمینان داده شد. در ضمن پمفلت آموزشی مربوط به همه جلسات بعد از تکمیل پرسش‌نامه برای بار دوم در اختیار بیماران گروه شاهد قرار گرفت. اطلاعات به دست آمده قبل و بعد از اجرای برنامه در هر دو گروه با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمون‌های آماری تی زوجی، تی مستقل و تعیین همبستگی متغیرها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت تحلیل داده‌ها نیز سطح معنی‌داری 0/05 در نظر گرفته شد.

قالب 5 گروه 11 نفره تقسیم‌بندی شدند و هر کدام از 5 بیمار گروه همتا به طور تصادفی به یک گروه جهت آموزش اختصاص داده شد. محتوی و نحوه اجرای برنامه آموزشی برای همه گروه‌ها یکسان بود. سپس با همکاری گروه همتا، جلسات آموزشی برای گروه آزمون در قالب 6 جلسه آموزشی، حمایتی 60 دقیقه‌ای برای هر جلسه که شامل آشنایی بیماران با یکدیگر و افراد همتا و به اشتراک گذاشتن تجربیات در زمینه علائم و مشکلات بیماری (جلسه اول)، روش انجام صحیح آرام‌سازی بنسون، ماهیت و اهمیت آن در چگونگی کاهش استرس (جلسه دوم)، تمرین انجام آرام سازی بنسون توسط بیماران (جلسه سوم و چهارم)، ارائه و تمرین روش‌های آرام سازی تدریجی، تنفس عمیق و شکمی و سایر تجربیات افراد همتا در زمینه کاهش استرس و بیان تجربیاتی در زمینه راهکارهای کاهش مشکلات جسمی بیماری که می‌تواند باعث استرس شود (جلسه پنجم و ششم) توسط گروه همتا برای بیماران گروه آزمون در محل انجمن ام اس ایران آموزش داده شد. پژوهش‌گر نیز در تمام جلسات آموزشی به عنوان فرد مشاهده‌گر شرکت کرده و در صورت نیاز به سوالات بیماران پاسخ می‌داد. در پایان هر جلسه پمفلت آموزشی مربوط به آن در اختیار نمونه‌ها قرار گرفت. 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. برای پی‌گیری اجرای برنامه در طول دو ماه بعد از مداخله، چک لیست‌های خود گزارش دهی مربوط به موارد و عناوین آموزش داده شده برای دو ماه اجرای برنامه به صورت روزانه تهیه شده بود تا بیماران گروه آزمون پس از اجرای روزانه برنامه آموزش داده شده آنها را تکمیل نمایند که بعد از دو ماه جمع‌آوری و مورد ارزیابی قرار گرفت. لازم به ذکر است که در مورد گروه شاهد هیچ‌گونه مداخله‌ای صورت نگرفت و تنها ابعاد استرس (Depression Anxiety Stress Scale DASS21) قبل و چهار ماه بعد جهت سنجش استرس استفاده شد. ابزار

یافته ها

است که دو گروه از نظر متغیرهایی نظیر سن، جنس، تأهل، تحصیلات، دفعات عود و بستری، طول مدت ابتلا به بیماری، نوع MS و وضعیت گسترش ناتوانی تفاوت معنی داری ندارد.

اطلاعات دموگرافیک و اطلاعات مربوط به بیماری نمونه‌ها در جدول 1 آورده شده است. از آنجا که متغیرهای مورد بررسی ممکن است در میزان استرس بیماران تأثیر گذار باشد، بعد از تبدیل متغیرهای کمی به کیفی توزیع آنها در دو گروه بررسی گردید که نتایج حاکی از آن

جدول 1. مشخصات دو گروه از نظر اطلاعات دموگرافیک و اطلاعات مربوط به بیماری

P	آزمون		شاهد		متغیر	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد		
0/76	36/4	20	27/3	15	20 – 28	سن
	40	22	36/4	20	29 – 37	
	23/6	13	36/4	20	38 – 45	
0/41	72/7	40	63/6	35	زن	جنس
	27/3	15	36/4	20	مرد	
0/51	54/5	30	43/6	24	مجرد	تأهل
	36/4	20	45/5	25	متأهل	
	9/1	5	10/9	6	مطلقه	
0/91	9/1	5	10/9	6	زیردیپلم	تحصیلات
	54/5	30	50/9	28	دیپلم	
	36/4	20	38/2	21	بالای دیپلم	
0/15	20	11	23/6	13	بدون عود	دفعات عود بیماری طی یکسال گذشته
	45/5	25	32/7	18	یکبار	
	25/5	14	20	11	دوبار	
	9/1	5	23/6	13	بیشتر از 2 بار	
0/06	43/6	24	36/3	20	بدون بستری	دفعات بستری طی یکسال گذشته
	47/3	26	32/7	18	یکبار	
	9/1	5	30/9	17	دو بار و بیشتر	
0/11	63/6	35	38/2	21	1 – 5	طول مدت ابتلا به بیماری (سال)
	14/5	8	34/5	19	6 – 10	
	21/8	12	27/3	15	11 – 20	
0/55	87/3	48	83/6	46	عودکننده – فروکش کننده	نوع ام اس
	5/5	3	10/9	6	پیشرونده ثانویه	
	7/3	4	5/5	3	پیشرونده اولیه	
0/80	72/7	40	67/3	37	0 – 1/5	وضعیت گسترش ناتوانی
	23/6	13	29/1	16	2 – 3/5	
	3/6	2	3/6	2	4 – 5/5	

اختلاف معنی داری مشاهده شد ($p=0/001$). هم چنین اختلاف معنی داری در میانگین نمره استرس، قبل و بعد از مداخله در گروه شاهد مشاهده نشد ($p=0/39$) ولی این

نتایج اختلاف معنی داری بین میانگین و انحراف معیار نمره استرس در گروه آزمون و شاهد قبل از مداخله نشان نداد ($p=0/24$). در حالی که بین میانگین و انحراف معیار نمره استرس در گروه آزمون و شاهد بعد از مداخله

اختلاف در میانگین نمره استرس در گروه آزمون معنی دار بود ($p=0/0001$) (جدول 2).

جدول 2. میانگین و انحراف معیار نمره استرس در دو گروه شاهد و آزمون قبل و بعد از مداخله

p	قبل		بعد		زمان مداخله گروه
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
0/39	10/10	5/40	9/78	4/91	شاهد
0/0001	11/01	4/91	6/73	3/81	آزمون
P	0/244		0/001		

نتایج این مطالعه اختلاف معنی داری بین اختلاف میانگین استرس دو گروه آزمون و شاهد نشان داد ($p=0/01$) که بیانگر این است که نمره استرس در بیماران گروه آزمون که در جلسات آموزشی گروه همتا شرکت کرده‌اند، کاهش یافته است (جدول 3). هم‌چنین یافته‌های این پژوهش

نشان داد 47/3 درصد بیماران گروه آزمون قبل از مداخله استرس شدیدی داشته‌اند که این میزان بعد از مداخله به 14/5 درصد کاهش پیدا کرده است (جدول 4). لازم به ذکر است که نرمالیتی داده‌ها نیز از طریق آزمون کولموگروف اسمیرنف انجام گرفت و نشان داد که نرمال هستند و هم‌چنین با برقرار بودن سایر پیش فرض‌ها جهت تحلیل داده‌ها از آزمون‌های پارامتری استفاده گردید.

جدول 3. مقایسه اختلاف میانگین نمره استرس در دو گروه شاهد و آزمون

گروه	اختلاف میانگین \pm انحراف معیار	p
شاهد	49/0 \pm 22/0	p=0/01
آزمون	1/1 \pm 28/4	

جدول 4. فراوانی مطلق و نسبی بیماران مولتیپل اسکلروزیس بر حسب سطح استرس در دو گروه شاهد و آزمون قبل و بعد از مداخله

نمره استرس	شاهد		آزمون	
	قبل	بعد	قبل	بعد
نرمال (0-4)	10	18/2	3	5/5
متوسط (5-11)	20	36/4	26	47/3
شدید (12-21)	25	45/5	26	47/3
جمع	55	100	55	100

بحث

در این پژوهش تأثیر برنامه آموزش گروه همتا بر استرس بیماران MS مورد بررسی قرار گرفت که نشان داد برنامه آموزش گروه همتا باعث ایجاد اختلاف معنی داری در نمره استرس بیماران بعد از مداخله بین دو گروه شاهد و آزمون گردیده است. این در حالی است که میانگین نمره استرس قبل از مداخله بین دو گروه اختلاف معنی داری را نشان نداد که نشان می‌دهد نمره استرس در گروه آزمون به دلیل شرکت در جلسات گروه همتا و استفاده از تجربیات افراد همتا کاهش یافته است و با توجه به این که میانگین نمره استرس در دو گروه قبل از مداخله یکسان بوده بنابراین تفاوت حاصله بعد از مداخله ناشی از تأثیر گروه همتا بوده

است. نتایج مطالعه شریف و همکاران که به منظور بررسی تأثیر آموزش مبتنی بر همتا بر کیفیت زندگی بیماران ماستکتومی شده مراجعه کننده به درمانگاه‌های سرطان پستان در شیراز انجام شد، حاکی از تأثیر آموزش گروه همتا به عنوان یک روش آموزشی موثر بر ارتقاء سطح کیفیت زندگی بیماران ماستکتومی شده می‌باشد (12). در مطالعه‌ای که محمدی و همکاران به منظور تأثیر آموزش گروهی شناختی-رفتاری بر استرس بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بر روی 30 بیمار انجام دادند، نتایج نشان داد آموزش گروهی شناختی - رفتاری موجب کاهش معنی دار در میزان استرس گروه آزمون نسبت به گروه شاهد شده است (5) که بیانگر این است که آموزش به شیوه گروهی در

کاهش استرس بیماران مولتیپل اسکلروزیس تاثیر گذار است که در پژوهش حاضر نیز آموزش به شیوه گروهی توسط افراد همتا به کار گرفته شد و به دلیل این که افراد همتا توانسته بودند به خوبی تجارب و شناخت خودشان را از بیماری و آنچه را که در طی سال‌های ابتلاء به بیماری تجربه کرده‌اند در یک محیط دوستانه طی چندین جلسه برنامه‌ریزی شده و تحت نظارت پژوهش‌گر با بیماران گروه آزمون و همتای خودشان به اشتراک بگذارند باعث شد میانگین نمره استرس نسبت به قبل از مداخله اختلاف معنی‌داری در جهت کاهش آن در گروه آزمون داشته باشد. هم‌چنین در این پژوهش مشخص شد که میانگین نمره استرس در دو زمان مختلف (قبل از مداخله و چهار ماه بعد) در گروه شاهد اختلاف معنی‌داری ندارد در حالی که در گروه آزمون بین میانگین نمره استرس قبل و بعد از مداخله اختلاف معنی‌داری پیدا شد که این اختلاف معنی‌دار احتمالاً می‌تواند موید تاثیر آموزش گروه همتا بر کاهش میزان استرس بیماران گروه آزمون بعد از مداخله باشد. نتایج مطالعه گورسوی و همکاران نیز که به منظور بررسی تاثیر آموزش گروه همتا به دو شیوه فردی و گروهی بر دانش خود آزمایی پستان و اعتقادات بهداشتی دانشجویان در ترکیه انجام شد، حاکی از تاثیر آموزش گروه همتا بر افزایش دانش خود آزمایی پستان و اعتقادات بهداشتی دانشجویان می‌باشد. در این مطالعه هم‌چنین آموزش به شیوه گروهی توسط همتا (همتا با گروه) تاثیر بهتری نسبت به آموزش به شیوه فردی توسط همتا (همتا با فرد) داشته است (18) در پژوهش حاضر نیز از آموزش گروهی بیماران مولتیپل اسکلروزیس توسط همتا (همتا با گروه) استفاده گردید و نتایج به طور معنی‌داری باعث کاهش استرس بیماران گروه آزمون در بعد از مداخله گردید که می‌تواند موید 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 اختلاف معنی‌داری بین

اختلاف میانگین استرس دو گروه آزمون و شاهد مشاهده شد ($p=0/01$) که خود موید تاثیر آموزش گروه همتا بر کاهش استرس بیماران گروه آزمون که در جلسات آموزشی گروه همتا شرکت کرده‌اند، می‌باشد. نتایج مطالعه‌ای که توسط شاه و همکاران به منظور بررسی تاثیر برنامه آموزشی همتا محور بر کیفیت زندگی و بیماری‌زایی مرتبط در نوجوانان مبتلا به آسم در استرالیا صورت گرفت، حاکی از تاثیر مثبت گروه همتا بر کیفیت زندگی، میزان غیبت از مدرسه، حملات آسم و عملکرد ریه نوجوانان مبتلا به آسم می‌باشد (19). نتایج مطالعه ریچارد و همکاران که به منظور بررسی تاثیر مداخلات آموزش همتا بر کاهش رفتارهای پر خطر تزریقی برای عفونت ویروس هپاتیت C و HIV در جوانانی که داروهای تزریقی مصرف می‌کردند، حاکی از تاثیر برنامه آموزش همتا بر افزایش اطلاعات، تقویت مهارت‌های کم خطر و کاهش رفتارهای پر خطر جنسی و تزریقی در بالغین جوان می‌باشد (20).

هم‌چنین مطابق با نتایج این پژوهش، در گروه شاهد نمره استرس 18/2 درصد بیماران در قبل از مداخله در وضعیت طبیعی بوده که بعد از 4 ماه نیز نمره استرس 18/2 درصد آنها در وضعیت طبیعی بوده است. هم‌چنین نمره استرس 45/5 درصد بیماران گروه شاهد در قبل از مداخله شدید بوده که بعد از 4 ماه نیز نمره استرس 38/2 درصد آنها هم‌چنان در وضعیت شدید بوده است. در حالی که در گروه آزمون نمره استرس 5/5 درصد بیماران در قبل از مداخله در وضعیت طبیعی بوده که این میزان بعد از مداخله به 30/9 درصد افزایش پیدا کرده است. هم‌چنین 47/3 درصد بیماران گروه آزمون قبل از مداخله استرس شدیدی داشته‌اند که این میزان بعد از مداخله به 14/5 درصد کاهش پیدا کرده است. این تفاوت خود نشانگر تاثیر برنامه آموزش گروه همتا بر کاهش میزان استرس بیماران گروه آزمون در بعد از مداخله می‌باشد. نتایج مطالعه‌ای که توسط کاماچ و همکاران به منظور بررسی تاثیر مداخله حمایتی گروه همتا بر ارتقاء سطح سلامت روانی کودکان مبتلا به ایدز در دو گروه شاهد و آزمون صورت گرفت، نشان داد مداخله

پژوهش داشتند و از همکاری صمیمانه معاونت محترم پژوهشی دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس و پرسنل محترم انجمن مولتیپل اسکلروزیس ایران تشکر و قدردانی می‌گردد.

منابع

1. Ghaffari S, Ahmadi F, Nabavi M, Memarian R. Effects of applying progressive muscle relaxation technique on depression, anxiety and stress of multiple sclerosis patients in Iran National MS Society. *Pejouhesh*. 2008; 32(1): 45-53.
2. Ghaffari S, Ahmadi F, Nabavi M, Memarian R, Kazemnejad A. Effects of applying hydrotherapy on quality of life in women with multiple sclerosis. *Journal of Rehabilitation* 2008; 9(3-4): 43-50.
3. McCabe MP. Mood and self-esteem of persons with multiple sclerosis following an exacerbation. *J Psychosom Res*. 2005 Sep; 59(3): 161-6.
4. Mohr DC, Pelletier D. A temporal framework for understanding the effects of stressful life events on inflammation in patients with multiple sclerosis. *Brain Behav Immun*. 2006 Jan; 20(1):27-36.
5. Ali Mohammadi N, Aghaei A, Golparvar M, Etemadifar M. Effect of cognitive-behavioral group training method on the stress in patients with multiple sclerosis. *Knowledge & Research in Applied Psychology* 2007;9(32):1-16.
6. Ackerman KD, Heyman R, Rabin BS, Anderson BP, Houck PR, Frank E, et al. Stressful life events precede exacerbations of multiple sclerosis. *Psychosom Med*. 2002 Nov-Dec; 64(6):916-20.
7. Mohammadi Rezou N, Afshar H. Determination of psychological and social agents of stress Created in multiple sclerosis]. *The Journal of Fundamentals of Mental Health* 2008; 10(4): 305-10.
8. Mohr DC, Hart SL, Julian L, Cox D, Pelletier D. Association between stressful life events and exacerbation in multiple sclerosis: a meta-analysis. *BMJ*. 2004 Mar;328(7442):731.
9. Phillips CJ. The cost of multiple sclerosis and the cost effectiveness of disease-modifying

حمایتی گروه همتا باعث کاهش دیسترس روانی اجتماعی به خصوص علائم افسردگی، اضطراب و عصبانیت در گروه آزمون بعد از مداخله گردیده است، در حالی که در گروه شاهد در میانگین علائم فوق قبل و بعد از مداخله تغییری ایجاد نشد. هم‌چنین این مطالعه پیشنهاد دهنده استفاده از گروه همتا بر روی علائم روانی و جسمی سایر بیماران می‌باشد(21).

محدودیت‌های این پژوهش شامل نوع شخصیت افراد، خصوصیات شخصیتی آنها در پذیرش موارد آموزشی و مسئولیت پذیری افراد در قبال سلامتی خود، هم‌چنین حالات روحی نمونه‌های پژوهش در زمان برگزاری کلاس‌های آموزشی می‌باشد که از کنترل محقق خارج بود. در مجموع یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که اجرای برنامه آموزش گروه همتا توسط بیماران مبتلا به MS که خودشان شرایط مورد نظر را تجربه کرده‌اند و به مهارت‌های لازم جهت کنترل بیماری دست یافته‌اند، برای بیماران همتای خودشان امکان پذیر می‌باشد و با اجرای این برنامه آموزشی اختلاف معنی‌داری در میزان استرس بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس ایجاد می‌شود، به طوری که اجرای برنامه آموزشی گروه همتا با کاهش میزان استرس بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس همراه است.

نتیجه گیری

با توجه به یافته‌های حاصل از این پژوهش که بین اختلاف میانگین استرس دو گروه آزمون و شاهد اختلاف معنی‌داری وجود دارد، فرضیه پژوهش مبنی بر این که "میزان استرس بیماران گروه آزمون نسبت به بیماران گروه شاهد کاهش می‌یابد" مورد تایید قرار می‌گیرد. لذا پیشنهاد می‌شود که اجرای برنامه آموزشی گروه همتا بر کیفیت زندگی و سایر علائم بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس و هم‌چنین سایر بیماری‌های مزمن ارزیابی گردد.

تشکر و قدردانی

از کلیه بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس عضو انجمن ام اس ایران که صادقانه همکاری لازم را در این

- agents in its treatment. *CNS Drugs*. 2004; 18(9): 561-74.
10. Helgeson VS, Cohen S, Schulz R, Yasko J. Education and peer discussion group interventions and adjustment to breast cancer. *Arch Gen Psychiatry*. 1999 Apr;56(4):340-7.
11. Price N, Knibbs S. how effective is peer education in addressing young people's sexual and reproductive health needs in developing countries? *Children & Society*. 2009;23(4):291-302.
12. Sharif F, Abshorshori N, Tahmasebi S, Hazrati M, Zare N, Masoumi S. The effect of peer-led education on the life quality of mastectomy patients referred to breast cancer-clinics in Shiraz, Iran 2009. *Health Qual Life Outcomes*. 2010;8:74.
13. Bleeker A. Presentation for the 2nd International Drugs and Young People Conference. Melbourne, Australia 2001; 4-6.
14. Kurtzke JF. Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: an expanded disability status scale (EDSS). *Neurology*. 1983 Nov; 33(11): 1444-52.
15. Aghebati N. The effect of therapeutic touch on pain and psychological symptoms (depression, anxiety and stress) in hospitalized cancer patients. Tehran: Tarbiat Modares University; 2005.
16. Crawford JR, Henry JD. The Depression Anxiety Stress Scales (DASS): normative data and latent structure in a large non-clinical sample. *Br J Clin Psychol*. 2003 Jun;42(Pt 2):111-31.
17. Chinchai P, Marquis R, Passmore A. Functional performance, depression, anxiety and stress in people with spinal cord injuries in Thailand: A transition from hospital to home. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*. 2003;14(1):30-40.
18. Gürsoy AA, Yiğitbaş C, Yılmaz F, Erdöl H, Bulut HK, Mumcu HK, et al. The effects of peer education on university students' knowledge of breast self-examination and health beliefs. *J Cancer Educ*. 2009;24(4):331-3.
19. Shah S, Peat JK, Mazurski EJ, Wang H, Sindhusake D, Bruce C, et al. Effect of peer led programme for asthma education in adolescents: cluster randomised controlled trial. *BMJ*. 2001 Mar;322(7286):583-5.
20. Garfein RS, Golub ET, Greenberg AE, 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 Sep;21(14):1923-32.
21. Kumakech E, Cantor-Graae E, Maling S, Bajunirwe F. Peer-group support intervention improves the psychosocial well-being of AIDS orphans: cluster randomized trial. *Soc Sci Med*. 2009 Mar;68(6):1038-43.