**مقاله اصیل پژوهشی**

# تأثیر اجرای برنامه آموزشی طراحی‌شده توسط گروه همتا بر میزان افسردگی بیماران مبتلا به مولتیپل‌اسکلروزیس

**علی دهقانی[1]، سیما محمدخان کرمانشاهی[2]، ربابه معماریان[3]**

## چکیده

**زمینه و هدف:** مولتیپل‌اسکلروزیس، از شایع‌ترین بیماری‌های سیستم عصبی مرکزی است که به دلایلی از جمله بروز در سنین جوانی و نداشتن درمان قطعی، باعث افسردگی می‌شود و با ناتوانی و عود بیماری همراه است؛ مطالعه حاضر با هدف ارزیابی تأثیر آموزش گروه همتا بر افسردگی بیماران مولتیپل‌اسکلروزیس، در سال ۱۳۹۰ انجام شد.

**روش تحقیق:** در این مطالعه نیمه‌تجربی، پس از نمونه‌گیری به روش غیرتصادفی، نمونه‌ها به صورت تصادفی در دو گروه شاهد و آزمون قرار گرفتند. ابتدا برای افراد گروه همتا پنج جلسه آموزشی برگزار شد. پس از آماده‌کردن این گروه، در مرحله بعد، شش جلسه آموزشی توسط افراد گروه همتا برای گروه آزمون، در طول دو ماه برگزار گردید. ابزار جمع‌آوری اطلاعات، پرسشنامه اطلاعات فردی، پرسشنامه DASS ۲۱ و فرم‌های بازنگری خودگزارش‌دهی بود. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری کای‌دو، تی زوجی و تی مستقل در سطح معنی‌داری $P<0/05$ تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** آزمون تی‌مستقل، اختلاف آماری معنی‌داری در نمره افسردگی بیماران گروه آزمون و شاهد قبل از مداخله نشان نداد؛ در حالی که همین آزمون، در دو گروه، پس از اجرای مداخله اختلاف آماری معنی‌داری را نشان داد ($P=0/002$). آزمون تی زوجی نیز اختلاف آماری معنی‌داری در زمینه کاهش افسردگی بیماران گروه آزمون، پس از مداخله نشان داد ($P=0/001$)؛ در حالی که در نمره افسردگی بیماران گروه شاهد، اختلاف آماری معنی‌داری را نشان نداد.

**نتیجه‌گیری:** برنامه آموزش گروه همتا، باعث کاهش افسردگی بیماران مولتیپل‌اسکلروزیس شد؛ بنابراین بکارگیری این برنامه آموزشی، به عنوان یک روش مؤثّر و مقرون به صرفه توصیه می‌گردد.

**واژه‌های کلیدی:** افسردگی، اماس، گروه همسالان، برنامه آموزشی

**مراقبت‌های نوین، فصلنامه علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم‌پزشکی بیرجند. ۱۳۹۱؛ ۹ (۴): ۳۰۱-۳۰۹**

**دریافت: ۱۳۹۱/۱۰/۱۴ اصلاح نهایی: ۱۳۹۱/۱۲/۰۲ پذیرش: ۱۳۹۱/۱۲/۱۴**

[1] دانش‌آموخته دانشگاه تربیت مدرس، عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی جهرم، ایران

[2] نویسنده مسؤول، دکترای آموزش پرستاری، استادیار گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس تهران، تهران، ایران

آدرس: تهران- پل گیشا- دانشگاه تربیت مدرس- دانشکده علوم پزشکی-گروه پرستاری

تلفن: ۰۹۱۲۵۰۰۵۶۲۹ پست الکترونیکی: kerman_s@modares.ac.ir

[3] دکترای آموزش پرستاری، استادیار گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران



[ Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-03 ]

## مقدمه

بیماری مولتیپل‌اسکلروزیس (اماس)*، یک بیماری مزمن پیش‌رونده و تخریب‌کننده میلین سیستم عصبی مرکزی می‌باشد که عملکرد حسّی و حرکتی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. شایع‌ترین سنّ ابتلا به این بیماری، ۲۰ تا ۴۰ سال است و سوّمین علت ناتوانی در آمریکا محسوب می‌شود. میزان شیوع آن ۱/۱ میلیون نفر در جهان (۱) و در ایران در حدود ۱۵-۲۰ نفر در هر صد هزار نفر است و این رقم رو به افزایش می‌باشد (۲). این بیماری، سبب کاهش استقلال در توانایی انجام فعالیت‌های پایه و مفید زندگی می‌گردد و بر تمام جنبه‌های اقتصادی، مالی، اجتماعی و عاطفی فرد، خانواده و جامعه اثر می‌گذارد (۳). بیماری اماس، می‌تواند باعث ایجاد علائم و اختلالات خلقی و روانی ناشی از مزمن‌بودن ماهیّت بیماری، نداشتن پیش‌آگهی قطعی و درگیرساختن فرد در سنین جوانی در بیمار گردد (۴).

افسردگی، یکی از شایع‌ترین مواردی است که تقریباً در ۵۰-۶۰٪ از بیماران مبتلا به اماس دیده می‌شود (۵). فرایند درمان و غیرقابل پیش‌بینی بودن عود حمله‌های بیماری، کاهش توانمندی‌های پیشین، مشکلاتی نظیر از دست‌دادن کار و عوارض ناشی از مصرف داروهایی که در درمان به کار می‌روند، از جمله دلایل افسردگی در این بیماران است (۶)؛ به علاوه قصد خودکشی در بیماران مبتلا به اماس، به طور تنگاتنگی به وجود افسردگی ماژور و شدّت علائم افسردگی مرتبط است (۷). علائم افسردگی، با ناتوانی، عود بیماری و بار اقتصادی زیادی همراه است (۸،۷)؛ از طرف دیگر، در بیشتر از ۵۰٪ از بیمارانی که افسردگی آنها با داروهای ضدّ افسردگی فروکش کرده، این مشکل در طول یک سال عود کرده است؛ بنابراین، پیشنهاد شده است که هر چند بیماران، داروهایی برای درمان افسردگی دریافت می‌کنند، خدمات اضافی نیز جهت کمک به آنها، برای سازگاری با علائم افسردگی نیاز است (۱۰،۹).

یکی از راه‌های مهار افسردگی در بیماران مبتلا به اماس، دریافت اطلاعات و آگاهی متناسب با نیازهایشان است. امروزه یکی از روش‌های مناسب، دادن آموزش و اطلاعات کافی در ارتباط با بیماری، مهار و پیگیری مراقبت، از طرف افراد مطّلع و درگیر با بیماری تحت عنوان گروه همتا می‌باشد. در این رویکرد آموزشی، با توجه به ویژگی‌های مشابه اعضای یک محیط، یادگیری ساده و مطمئن ایجاد می‌شود و بیماران، تجارب خودشان را در ارتباط با بیماری که به طور مشترک به آن مبتلا هستند، به اشتراک می‌گذارند و در نتیجه، تجربیات مفید و سازنده همتایان خود را به عنوان الگو جهت بهبود فرایند بیماری و کاهش علائم بیماری خود به کار می‌گیرند (۱۲،۱۲)؛ بنابراین از این جهت که بیماری اماس، یک بیماری مزمن و پیش‌رونده است و بر اساس مطالعات، باعث اختلالات روانی متعدّدی در بیماران می‌شود، بنابراین افراد مبتلا می‌توانند در محل‌های انجمن، از سایر بیمارانی که اطلاعات بیشتر و سازگاری بهتری با این بیماری دارند، با به اشتراک گذاشتن نظرات و اطلاعات بین همدیگر، تجارب مفیدی جهت مهار بیماری خود کسب نمایند که شاید بتوانند، بروز اختلالات روانی از جمله افسردگی در خود را که به طور عمده ناشی از مشکلات جسمی بیماری است، کاهش دهند.

در مطالعات متعددی، تأثیر این رویکرد آموزشی تأیید شده است (۱۳-۱۶)؛ به عنوان مثال در نتایج تحقیقی که Gursoy و همکاران، به منظور ارزیابی تأثیر آموزش گروه همتا بر دانش خودآزمایی پستان و اعتقادات بهداشتی دانشجویان انجام دادند، ارتقای معنی‌داری در دانش خودآزمایی پستان، اعتماد به نفس و اعتقادات بهداشتی دانشجویان مشاهده شد (۱۶)؛ بنابراین ارتباط و کسب اطلاعات از سایر بیماران که شرایط مورد نظر را تجربه کرده‌اند، بیماران را برای سازگاری با بیماری مزمن توانا می‌سازد (۱۷)؛ از طرف دیگر، افراد گروه همتا بهتر قادر هستند، با همتایان خود ارتباط برقرار کنند و آنان را به انتخاب رفتارهای بهداشتی مناسب تشویق کنند؛ زیرا آنان قادر هستند نقاط ضعف، قوت و تجارب رایج خود را با کمترین هزینه به اشتراک بگذارند (۱۸)؛ بنابراین، از آنجا که گروه همتا تاکنون در بیماران اماس به کار گرفته نشده است و با توجه به ماهیت مزمن و عودکننده بیماری که باعث افسردگی می‌گردد و صحبت با همتایان نیز می‌تواند در روحیه بیماران تأثیرگذار باشد، این سؤال برای محققان مطالعه حاضر، مطرح شد که آیا این برنامه آموزشی می‌تواند در کاهش افسردگی بیماران اماس مؤثّر واقع گردد؟ بنابراین پژوهش حاضر، با هدف ارزیابی تأثیر برنامه آموزشی گروه همتا بر افسردگی بیماران مبتلا به اماس انجام شد.

* *Multiple Sclerosis (MS)*



[ Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-03 ]

## روش تحقیق

مطالعه حاضر، یک پژوهش نیمه‌تجربی با دو گروه آزمون و شاهد می‌باشد که بر روی بیماران مبتلا به اماس عضو انجمن اماس ایران در سال ۱۳۹۰ انجام شد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل بیماران ۲۰-۴۵ سال مبتلا به اماس و عضو انجمن اماس، عدم تغییرات دارویی در طول انجام مطالعه و امتیاز وضعیت گسترش ناتوانی* بین صفر تا ۵/۵ بود (بیمارانی که توانایی راه‌رفتن و شرکت در برنامه آموزشی را داشتند) که این امتیاز توسط پزشک انجمن تعیین شد. امتیاز EDSS بین صفر- ۱۰ است که ۱۰ نشان‌دهنده مرگ و صفر نشان‌دهنده وضعیت طبیعی و نداشتن هیچ‌گونه مشکل در زمینه عملکرد سیستم‌ها است (۱۹). معیارهای خروج بیماران از مطالعه نیز شامل سابقه شرکت در برنامه‌های آموزشی در ارتباط با سبک زندگی و روش مقابله با افسردگی در طیّ شش ماه گذشته، ابتلا به سایر اختلالات حادّ یا مزمن جسمی (مانند بیماری‌های ناتوان‌کننده قلبی، تنفسی، کبدی، اسکلتی عضلانی و کلیوی)، داشتن اختلال تکلّم و یا شنوایی، نداشتن سواد خواندن و نوشتن جهت تکمیل پرسشنامه‌های پژوهش و سابقه ابتلا به بیماری کمتر از شش ماه بود.

حجم نمونه، با در نظرگرفتن توان آزمون ۰/۹۰، خطای ۰/۰۵ و استفاده از فرمول پوکاک، جدول آماری گیگی و نتایج پژوهش مشابه (۱)، برای هر گروه ۵۵ بیمار برآورد گردید که بدین ترتیب، تعداد ۵۵ بیمار برای گروه شاهد و ۵۵ بیمار برای گروه آزمون انتخاب شدند. نوع نمونه‌گیری مطالعه، غیرتصادفی بود که پس از آن، بیماران به صورت تصادفی در دو گروه شاهد و آزمون قرار گرفتند. در مرحله بعد (مرحله انتخاب گروه همتا)، با کمک پزشک متخصص و روان‌شناس انجمن، در طیّ مدّت سه ماه بررسی، ۵ بیمار مبتلا به اماس که دارای ویژگی‌هایی از قبیل سازگاربودن با بیماری، داشتن روابط اجتماعی مناسب، توانایی اداره جلسات، درگیری کمتر با علائم بیماری با تأیید پزشک انجمن، داشتن سابقه حداقل ۵ سال ابتلا به بیماری، برخورداری از تحصیلات لیسانس و بالاتر و علاقه‌داشتن به رهبری گروه بودند، به عنوان گروه همتا جهت آموزش به بیماران گروه آزمون، انتخاب شدند؛ سپس بر اساس نیازهای بیماران گروه آزمون و افراد همتا، با استفاده از پرسشنامه نیازسنجی بیماران مزمن، پنج جلسه آموزشی- تکمیلی یک ساعته توسط پژوهشگر، برای بیماران گروه همتا به منظور آمادگی آنان برای آموزش گروه آزمون اجرا گردید. در جلسات فوق، بیماران گروه همتا تجربیات خود را در ارتباط با راهکارهای مورد استفاده برای کاهش افسردگی و عواملی که می‌تواند با افسردگی بیماران اماس مرتبط باشد، بیان کردند؛ سپس پژوهشگر در تمامی موارد، بر اساس منابع علمی، اطلاعات را جمع‌بندی، اصلاح و تکمیل نمود. جلسه پنجم نیز به آزمون توانایی گروه همتا برای آموزش، هدایت و کنترل جلسات اختصاص داده شد. در مرحله مداخله، بیماران گروه آزمون به پنج گروه ۱۱ نفری تقسیم شدند و هر فرد همتا، به صورت تصادفی به یکی از این گروه‌ها اختصاص داده شد؛ سپس با همکاری گروه همتا، جلسات آموزشی گروه آزمون در قالب شش جلسه آموزشی- حمایتی یک ساعته برگزار شد.

جلسات از نظر محتوایی برای همه گروه‌ها یکسان بود. برگزاری جلسات بدین صورت بود که ابتدا آشنایی بیماران با یکدیگر و با فرد همتا انجام می‌شد و بعد آموزش درباره بیماری اماس و به اشتراک‌گذاشتن و بیان تجربیات فرد همتا در زمینه علائم و مشکلات بیماری ادامه می‌یافت و در آخر راهکارهایی جهت کاهش خستگی (آن را یکی از دلایل اصلی افسردگی بیان می‌کردند) ارائه می‌شد و روش‌های آرام‌سازی تدریجی، تنفس عمیق و تنفس شکمی تمرین داده می‌شد؛ به همین ترتیب سایر تجربیات افراد همتا در زمینه کاهش افسردگی و راهکارهای کاهش مشکلات جسمی بیماری (گرفتگی عضلات، اختلالات ادراری، عوارض دارویی) که می‌تواند باعث افسردگی شود، توسط گروه همتا برای بیماران گروه آزمون، در محل انجمن اماس ایران به مدت شش هفته آموزش داده شد. در تمام جلسات آموزشی فوق، پژوهشگر به عنوان فرد مشاهده‌گر شرکت می‌کرد و در صورت نیاز، به سؤالات بیماران پاسخ می‌داد. لازم به ذکر است برای بیماران گروه شاهد، هیچ‌گونه مداخله‌ای صورت نگرفت.

برای پیگیری اجرای برنامه توسط همتایان در طول دو ماه پس از مداخله، فرم‌های بازنگری خود گزارش‌دهی برای دو ماه اجرای برنامه به صورت روزانه تهیه شد تا بیماران گروه آزمون پس از اجرای روزانه برنامه آموزشی توسط گروه همتا، آنها را تکمیل نمایند؛ پس از دو ماه نیز مجدداً جمع‌آوری و مورد ارزیابی

* *Expanded Disability Status Scale (EDSS)*



[ Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-03 ]

قرار گرفت. ابزار جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش شامل پرسشنامه اطلاعات فردی، مبتنی بر دو بخش مشخصات فردی و اطلاعات مربوط به بیماری، پرسشنامه DASS 21 جهت سنجش افسردگی بیماران که در این پژوهش ابعاد افسردگی (۷ سیّال) مورد بررسی قرار گرفت و فرم‌های بازنگری خودگزارش‌دهی بود. روایی پرسشنامه DASS 21، در مطالعات مختلف داخل و خارج کشور مورد تأیید قرار گرفته است (۱، ۲۰-۲۲). برای تأیید پایایی پرسشنامه، از ثبات درونی و آلفای کرونباخ استفاده شد؛ بدین ترتیب که پرسشنامه توسط ۲۰ نفر از بیماران مبتلا به اماس واجد شرایط، تکمیل و پایایی ابزار، با آلفای معادل ۰/۷۵ مورد تأیید قرار گرفت. در مطالعات دیگری نیز پایایی این ابزار، از طریق آزمون مجدد مورد تأیید قرار گرفته است (۱۶،۱). به طور کلّی پرسشنامه DASS 21، دو مرتبه توسط نمونه‌ها در هر دو گروه شاهد و آزمون تکمیل گردید.

به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، از تمام بیماران رضایت آگاهانه اخذ و به آنان اطمینان داده شد که اطلاعات مربوط به آنها محرمانه باقی می‌ماند و در صورت عدم تمایل می‌توانند در مطالعه شرکت نکنند و یا هر زمان که بخواهند از مطالعه خارج شوند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های کای‌دو، تی‌زوجی و تی‌مستقل در سطح معنی‌داری P<۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شدند. لازم به ذکر است که نرمالیتی داده‌ها نیز از طریق آزمون کولموگروف اسمیرنف انجام شد و نشان داد که توزیع داده‌ها نرمال هستند.

## یافته‌ها

اطلاعات مربوط به برخی از مشخصات فردی و متغیرهای مداخله‌گر در جدول ۱ نشان داده شده است. نتایج حاکی از آن بود که دو گروه، از نظر توزیع متغیرهایی نظیر سن، جنس، تأهل، تحصیلات، دفعات عود، تعداد فرزندان، طول مدّت ابتلا به بیماری، نوع اماس و وضعیت گسترش ناتوانی تفاوت معنی‌داری ندارد. میانگین امتیاز نمره افسردگی قبل و پس از مداخله و مقایسه آن بین دو گروه، در جدول ۲ آمده است.

## بحث

در این پژوهش، برنامه آموزشی طراحی‌شده توسط گروه همتا، باعث ایجاد تفاوت معنی‌داری در میزان افسردگی بیماران پس از مداخله بین دو گروه شاهد و آزمون گردید (P=۰/۰۰۲) و میزان افسردگی در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد کاهش داشت؛ در حالی که میزان افسردگی قبل از شروع مطالعه، بین دو گروه تفاوت معنی‌داری نداشت (P=۰/۱۸۴). با توجه به این که بین میانگین نمره افسردگی دو گروه قبل از مطالعه، تفاوت آماری معنی‌داری وجود ندارد و از آنجا که متغیرهای تأثیرگذار بر میزان افسردگی، در طول دوره مطالعه مهار شدند، بنابراین تفاوت حاصله بین میزان افسردگی پس از مداخله، می‌تواند ناشی از تأثیر گروه همتا باشد؛ زیرا نتایج حاصل از فرم‌های بازنگری خودگزارش‌دهی نیز نشان داد که در حدود ۹۰٪ از بیماران گروه آزمون، برنامه‌های آموزشی را به طور مرتب اجرا می‌کردند و پیگیری محقّق در طول دوره پس از مداخله، خود تأییدی بر همین مسأله می‌باشد؛ در صورتی که بیماران گروه شاهد، در هیچ برنامه آموزشی شرکت نداشتند. نتایج مطالعه شریف و همکاران، که با هدف ارزیابی تأثیر آموزش همتامحور بر کیفیت زندگی بیماران ماستکتومی‌شده در شیراز انجام شد، حاکی از تأثیر آموزش گروه همتا، به عنوان یک روش آموزشی مؤثّر بر ارتقای سطح کیفیت زندگی بیماران ماستکتومی‌شده می‌باشد (۱۵).

**نتایج مطالعه Gursoy و همکاران نیز که با هدف ارزیابی تأثیر آموزش گروه همتا، بر دانش خودآزمایی پستان و اعتقادات بهداشتی دانشجویان در ترکیه انجام شد، حاکی از تأثیر این روش بر افزایش دانش دانشجویان در این زمینه است. در این تحقیق آموزش به شیوه گروهی توسط گروه همتا، نتایج بهتری نسبت به آموزش به شیوه فردی توسط گروه همتا نشان داد (۱۶) که در پژوهش حاضر نیز، از آموزش گروهی بیماران اماس توسط همتا استفاده** شد **(فرد همتا، به کلّ افراد گروه آموزش می‌داد) و نتایج به‌طور معنی‌داری نشان‌دهنده کاهش افسردگی بیماران گروه آزمون پس از مداخله بود که خود مؤیّد این است که در آموزش گروهی توسط گروه همتا، بیماران تجارب و اطلاعات خود را با دیگر افراد گروه که دارای شرایط مشابهی هستند، به اشتراک می‌گذراند و از تجارب افراد سازگار با بیماری استفاده کرده و با همکاری یکدیگر، برای**



[ Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-03 ]

مهار بیماری به راهکارهای بهتری دست می‌یابند؛ همچنین در این پژوهش، آزمون تی‌زوجی بین میانگین نمره افسردگی قبل و پس از مداخله، در گروه شاهد اختلاف معنی‌داری نشان نداد (P=۰/۵۶۲)؛ در حالی که در گروه آزمون، بین میانگین نمره افسردگی قبل و پس از مداخله اختلاف معنی‌داری مشاهده شد (P=۰/۰۰۱).

**جدول ۱- اطلاعات فردی و اطلاعات مربوط به بیماری در دو گروه شاهد و آزمون**

| متغیر | | شاهد | | آزمون | | آزمون آماری کای‌دو |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | تعداد | درصد | تعداد | درصد | |
| سن: | ۲۰–۲۸ | ۱۵ | ۲۷/۳ | ۲۰ | ۳۶/۴ | ۰/۷۶ |
| | ۲۹–۳۷ | ۲۰ | ۳۶/۴ | ۲۲ | ۴۰ | |
| | ۳۸–۴۵ | ۲۰ | ۳۶/۴ | ۱۳ | ۲۳/۶ | |
| جنس: | زن | ۳۵ | ۶۳/۶ | ۴۰ | ۷۲/۷ | ۰/۴۱ |
| | مرد | ۲۰ | ۳۶/۴ | ۱۵ | ۲۷/۳ | |
| تأهل: | مجرّد | ۲۴ | ۴۳/۶ | ۳۰ | ۵۴/۵ | ۰/۵۱ |
| | متأهل | ۲۵ | ۴۵/۵ | ۲۰ | ۳۶/۴ | |
| | مطلّقه | ۶ | ۱۰/۹ | ۵ | ۹/۱ | |
| تحصیلات: | زیر دیپلم | ۶ | ۱۰/۹ | ۵ | ۹/۱ | ۰/۹۱ |
| | دیپلم | ۲۸ | ۵۰/۹ | ۳۰ | ۵۴/۵ | |
| | بالای دیپلم | ۲۱ | ۳۸/۲ | ۲۰ | ۳۶/۴ | |
| دفعات عود بیماری طی یک سال گذشته: | بدون عود | ۱۳ | ۲۳/۶ | ۱۱ | ۲۰ | ۰/۱۵ |
| | یک بار | ۱۸ | ۳۲/۷ | ۲۵ | ۴۵/۵ | |
| | دو بار | ۱۱ | ۲۰ | ۱۴ | ۲۵/۵ | |
| | بیشتر از دو بار | ۱۳ | ۲۳/۶ | ۵ | ۹/۱ | |
| تعداد فرزندان: | بدون فرزند | ۷ | ۱۲/۴ | ۳ | ۵/۵ | ۰/۹۱ |
| | یک فرزند | ۱۳ | ۲۴ | ۱۰ | ۱۸ | |
| | ≥۲ | ۱۱ | ۲۰ | ۱۲ | ۲۲ | |
| طول مدّت ابتلا به بیماری (سال): | ۱–۵ | ۲۱ | ۳۸/۲ | ۳۵ | ۶۳/۶ | ۰/۱۱ |
| | ۶–۱۰ | ۱۹ | ۳۴/۵ | ۸ | ۱۴/۵ | |
| | ۱۱–۲۰ | ۱۵ | ۲۷/۳ | ۱۲ | ۲۱/۸ | |
| نوع اماس: | عودکننده/ فروکش‌کننده | ۴۶ | ۸۳/۶ | ۴۸ | ۸۷/۳ | ۰/۵۵ |
| | پیش‌رونده ثانویه | ۶ | ۱۰/۹ | ۳ | ۵/۵ | |
| | پیش‌رونده اولیه | ۳ | ۵/۵ | ۴ | ۷/۳ | |
| وضعیت گسترش ناتوانی: | ۰–۱/۵ | ۳۷ | ۶۷/۳ | ۴۰ | ۷۲/۷ | ۰/۸۰ |
| | ۲–۳/۵ | ۱۶ | ۲۹/۱ | ۱۳ | ۲۳/۶ | |
| | ۴–۵/۵ | ۲ | ۳/۶ | ۲ | ۳/۶ | |

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

| زمان مداخله / گروه | قبل | بعد | آزمون تی زوجی | اختلاف میانگین و انحراف معیار |
|---|---|---|---|---|
| | میانگین و انحراف معیار | میانگین و انحراف معیار | | |
| شاهد | ۷/۷۲±۵/۷۷ | ۷/۹۸±۵/۱۲ | ۰/۵۶۲ | ۰/۲۶±۰/۶۵ |
| آزمون | ۸/۷۹±۴/۸۶ | ۵/۱۳±۳/۴۳ | ۰/۰۰۱ | ۳/۶۶±۱/۴۳ |
| آزمون تی مستقل | ۰/۱۸۴ | ۰/۰۰۲ | – | P=۰/۰۰۱ |



[ Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-03 ]

نتایج مطالعه Richard و همکاران، با هدف ارزیابی تأثیر مداخلات آموزش همتا بر کاهش رفتارهای پرخطر تزریقی برای عفونت ویروس هپاتیت C و HIV، حاکی از تأثیر برنامه آموزش همتا بر افزایش اطلاعات، تقویت مهارت‌های کم‌خطر و کاهش رفتارهای پرخطر جنسی و تزریقی در بالغین جوان بود (۱۳).

در تحقیق هریزچی قدیم و همکاران نیز برون‌ریزی احساسات به صورت نوشتن، بر میزان افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به ام اس مؤثّر گزارش شد (۲۳)؛ در پژوهش حاضر نیز، بیماران مبتلا به اماس تجربیات، نگرانی و احساسات خود را با افراد همتا که شرایطی مشابه داشتند و با بیماری خود و مهار علائم بیماری، به سازگاری مطلوبی رسیده بودند، در یک محیط دوستانه به اشتراک می‌گذاشتند و از راهکارهای افراد همتا و اشتراک فکر با همدیگر، برای غلبه بر افسردگی خود استفاده می‌کردند. Dennis، دلایل عمده تأثیر مداخله حمایتی گروه همتا بر کاهش علائم افسردگی را کاهش گوشه‌گیری و انزواطلبی بیماران، کاهش عوامل تنش‌زا، افزایش به‌اشتراک‌گذاشتن اطلاعات سلامت و خودمدیریتی، فراهم‌کردن الگوی مثبت و مؤثّر و افزایش نقش خودمراقبتی بیماران می‌داند (۲۴)؛ همچنین در پژوهش حاضر، آزمون تی‌مستقل بین اختلاف میانگین افسردگی دو گروه، اختلاف معنی‌داری نشان داد (P=۰/۰۰۱).

در پژوهش حاضر، در روند اجرای تحقیق و پیگیری دوره پس از مداخله و همچنین بر اساس نتایج فرم‌های خودگزارش‌دهی، بیماران از تجارب فرد همتا که در مهار علائم بیماری موفق بوده‌اند، استقبال بی‌نظیری داشتند که نتایج آزمون فوق نیز مؤیّد تأثیر مثبت آموزش گروه همتا بر کاهش افسردگی بیماران گروه آزمون می‌باشد.

نتایج مطالعه Pfeiffer و همکاران، به منظور ارزیابی تأثیر مداخلات حمایتی همتا بر میزان افسردگی نشان داد، مداخله حمایتی همتا نسبت به مراقبت‌های معمول، تأثیر بیشتری روی کاهش علائم افسردگی بیماران دارد؛ در حالی که بین مداخله حمایتی همتا و رفتاردرمانی شناختی تفاوت آماری معنی‌داری مشاهده نشد. در این مطالعه پژوهشگران، مداخله حمایتی گروه همتا را به دلیل تأثیر مطلوب و کاهش هزینه جهت بهبود علائم افسردگی پیشنهاد کردند (۲۵).

نتایج تحقیق Kumakech و همکاران که با هدف ارزیابی تأثیر مداخله حمایتی گروه همتا بر ارتقای سطح سلامت روانی کودکان مبتلا به ایدز در دو گروه شاهد و آزمون انجام شد، نشان داد مداخله حمایتی گروه همتا، باعث کاهش دیسترس روانی اجتماعی، بخصوص علائم افسردگی، اضطراب و عصبانیت در گروه آزمون پس از مداخله شده است. (۲۶).

به این ترتیب، بیشتر مطالعاتی که از گروه همتا به عنوان یک روش آموزشی بخصوص بر روی علائم روانی استفاده کرده‌اند، حاکی از تأثیر مثبت این روش آموزشی هستند. تأثیر مثبت آموزش توسط همتایان، شاید به این دلیل باشد که بیماران به تجارب و اطلاعات افرادی که شرایطی مشابه با شرایط خودشان را داشته‌اند و در مهار علائم و مشکلات بیماری خود موفق بوده‌اند، اطمینان بیشتری دارند و سعی می‌کنند، برای مهار بیماری خود روش‌هایی را به کار گیرند که سایر بیماران با شرایط بیماری مشابه، از آنها سود برده‌اند و توانسته‌اند بر مشکلات بیماری خود غلبه کنند؛ از طرف دیگر در این مطالعه، گروه همتا به دلیل این که بسیار خوب گزینش شده بودند و تجربیات و اطلاعات بسیار مؤثّری درباره شرایط بیماری خود داشتند، تجربیات خود را به صورت کاملاً ساده و مؤثّر به بیماران همتای خود انتقال دادند؛ همچنین حجم نمونه مناسب، تخصیص تصادفی و همسان‌سازی، آماده‌سازی گروه همتا، همکاری و پیگیری خوب بیماران جهت به کارگیری تجربیات، از مزیت‌های این تحقیق نسبت به سایر مطالعات در این زمینه است.

در تحقیق حاضر نیز بیشتر شرکت‌کنندگان، تأثیر برنامه آموزش همتا را مؤثّر دانسته‌اند و برای شرکت در همه جلسات تمایل داشتند؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود برنامه آموزش همتا، بخشی از برنامه درمانی بیماران با هدف کاهش علائم روانی و بهبود شرایط زندگی بیماران قرار گیرد.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به تفاوت‌های فردی، حالات روحی نمونه‌های تحت پژوهش در طیّ برگزاری جلسات، نوع شخصیت و فرهنگ فرد در پذیرش محتوای آموزشی و مسؤولیت‌پذیری افراد در قبال سلامتی خود اشاره کرد.

## نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر که اختلاف



[ Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-03 ]

معنی‌داری بین اختلاف میانگین افسردگی دو گروه قبل و بعد از مداخله نشان داد (P=۰/۰۰۱)، فرضیه پژوهش مبنی بر کاهش میزان افسردگی بیماران گروه آزمون نسبت به گروه شاهد، تایید می‌شود؛ اجرای این برنامه آموزشی و بررسی تأثیر آن بر دیگر علائم بیماران مبتلا به اماس و همچنین سایر بیماری‌های مزمن پیشنهاد می‌گردد.

## تقدیر و تشکر

از تمام بیمارانی که با وجود مشکلات و ناتوانی‌های خاص این بیماری، صادقانه در این پژوهش همکاری داشتند و اساتید محترم گروه پرستاری دانشکده پزشکی و معاونت محترم پژوهشی دانشگاه تربیت مدرس و کارکنان محترم انجمن اماس ایران تشکر و قدردانی می‌گردد.

## منابع:

1- Ghafari 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. Journal of Research in Medical Sciences. 2008; 3 (1):45-53.[Persian]

2- Masoudi R, Mohammadi I, Ahmadi F, Hasanpourdehkordi A. The effect of self-care program education based on Orem's theory on mental aspect of quality of life in multiple sclerosis patients. Iran Journal of the Nursing. 2009; 22 (60): 53-64. [Persian]

3- Poser CM. The diagnosis and management of multiple sclerosis. J Acta Neural Scand. 2005; 112 (3): 199- 201.

4- 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.

5- 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):130-136.

6- Rezaei H, Shafieabadi A. The effect of group logo therapy on multiple sclerosis patients' depression. Pazhouhesh-Nameye Tarbiati. 2008; 4 (16); 53-71. [Persian]

7- 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.

8- Claudia CB, Alex KS, Brown A. Depression in multiple sclerosis: a longitudinal analysis. Arch Psychiatr Nurs. 2007; 21 (4):181-91.

9- Gilbody S, Bower P, Fletcher J, Richards D, Sutton AJ. Collaborative care for depression a cumulative meta-analysis and review of longer term outcomes. Arch Intern Med. 2006; 166 (21): 2314-21.

10- Chwastiak LA, Ehde DM. Psychiatric Issues in Multiple Sclerosis. Psychiatric Clin North Am. 2007; 30 (4): 803-17.

11- 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 (4): 291-302.

12- Keller R, Frankbader M, Beltrun K, Ascalon M, Bowarferres SL. Peer education: an innovative approach for integrating standards into practice. J Nurs Care Qual. 2011; 26 (2): 120-27.

13- 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.

14- 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 randomized controlled trial. BMJ. 2001; 322 (7286):583.

15- 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): 1-7.

16- Gursoy A, Yılmaz 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.



[ Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-03 ]

17- Devilly GJ, Sorbello L, Eccleston L, Ward T. Prison-based peer-education schemes. Aggress Violent Behav. 2005; 10 (2): 219-40.

18- Campbell C, Mzaidume Z. Grassroots participation, peer education, and HIV prevention by sex workers in south Africa. Am J Public Health. 2001; 91 (12): 250-68.

19- Kurtzke JF. Rating neurological impairment in multiple sclerosis. An expanded disability status scale (EDSS). Neurology. 1983; 33: 1444- 52.

20- Aghebati N. The effect of therapeutic touch on pain and psychological symptoms (depression, anxiety and stress) in hospitalized cancer patients. [MS Dissertation]. Tehran. Tarbiat Modares University, school of Medical Sciences; 2005. [Persian]

21- 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; 42 (2): 111-31.

22- 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.

23- Harizchighadim S, Ranjbarkochaksaraei F, Talebi M, Zakariapezeshki M, Akbari M. The effect of set out of emotions to write on depression and anxiety in patients with multiple sclerosis. Iranian Journal of Neurology. 2009; 8 (25): 465-75. [Persian]

24- Dennis CL. Peer support within a health care context: a concept analysis. Int J Nurs Stud. 2003; 40 (3): 321-32.

25- Pfeiffer P, Heisler M, Piette J, Rogers M, Valenstein M. Efficacy of peer support interventions for depression: a meta-analysis. Gen Hosp Psychiatry. 2011; 33 (1): 29-36.

26- Kumakech E, Cantorgraae E, Maling S, Bajunirwe F. Peer- group support intervention improves the psychosocial well- being of AIDS orphans: cluster randomized trial. Soc Sci Med. 2009; 68 (6): 1038-43.

[ Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-03 ]

*Abstract* *Original Article*

# Effect of applying peer-group-designed education plan on the depression of multiple sclerosis patients

**A. Dehghani[1], S. Mohammadkhan Kermanshahi[2], R. Memarian[3]**

**Background and Aim:** Multiple Sclerosis is one of the most prevalent diseases of the central nervous system that causes depression in patients for some reasons. including occurrence during the youth and lack of a definite treatment;it is also associated with disability and recurrence. The present study aimed at evaluating impact of peer education on the depression of patients with multiple sclerosis in 2011.

**Materials and Methods:** In this semi-experimental study, after non-randomized sampling, the selected subjects were randomly assigned into two experimental and control groups. In the beginning, five educational sessions were held for the peer group to prepare them for their job. Then, after the preparation of the peer group, they held six educational sessions for the experimental group during two months. Data collection tools were demographic information, DASS 21, and a self-administered questionnaire. The obtained data was analysed using chi-square, paired t, and independent t at the significant level $P<0.05$.

**Results:** Independent T did not show a significant difference in the depression score of the two groups before intervention, whereas after the intervention,a statistically significant difference was observed ($P=0.002$). Pair t, too, showed a statistically significant difference in depression reduction in the experimental group after peer group performance ($P=0.001$). However, no statistically significant difference was seen in the score of the control groups depression.

**Conclusion:** Since the peer group education program caused depression reduction in patients with MS, the utilization of this program, as an efficient and cost-effective method is recommended.

**Keywords:** Depression; Multiple Sclerosis; Peer Group; Education

***Modern Care, Scientific Quarterly of Birjand Nursing and Midwifery Faculty. 2012; 9 (4): 301-309***

***Received: January 3, 2013 Last Revised: February 20, 2013 Accepted: March 4, 2013***

[ Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-03 ]

[1] *Instructor, Faculty of Nursing and Midwifery, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran*
[2] *Corresponding Author, Assistant Professor, Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modaress University, Tehran, Iran kerman_s@modares.ac.ir*
[3] *Assistant Professor, Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modaress University, Tehran, Iran*