

# بررسی ارتباط خود- تعالی با سلامت جسمی درک شده بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (ام اس) شرکت کننده در گروه همتایان

مریم جدید میلانی<sup>۱</sup>، طاهره اشک‌تراپ<sup>۲</sup>، ژیلا عابد سعیدی<sup>۳</sup>، حمید علوی‌مجد<sup>۴</sup>

## چکیده

**زمینه و هدف:** بر اساس تئوری خودتعالی مداخلاتی که سبب ارتقای خود- تعالی می‌شود، ارتقای وضعیت سلامت را به دنبال دارد. در این راستا هدف پژوهش حاضر تعیین ارتباط خود- تعالی با سلامت جسمی درک شده مبتلایان به ام اس شرکت کننده در گروه همتایان بود.

**مواد و روش‌ها:** پژوهش حاضر یک پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون است که ارتباط خود- تعالی را با سلامت جسمی در ۳۳ بیمار مبتلا به ام اس در سه گروه حمایتی همتا (۱۰ نفر گروه مردان، ۱۱ نفر گروه زنان و ۱۲ نفر گروه مختلط زن و مرد) را می‌سنجد. جلسات گروه‌ها به مدت ۸ جلسه به صورت هفتگی ۲ ساعت برگزار شد. ابزارهای پژوهش شامل بخش سلامت جسمی "سیاهه کیفیت زندگی در بیماری ام اس" و "خود- تعالی" بود. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های Wilcoxon، Kruskal- Mann-Whitney U، Wallis و ضریب همبستگی Spearman، Pearson استفاده شد.

**یافته‌ها:** مقایسه میانگین نمرات خود- تعالی (پیش‌آزمون (۸/۲) / ۴۴/۵۷، پس‌آزمون (۶/۲) / ۵۳/۲۱) و وضعیت سلامت جسمی (پیش‌آزمون (۳۳/۳) / ۱۵۱/۸۴، پس‌آزمون (۳۷/۵) / ۱۷۱/۵۸) اختلاف معنی‌داری را به لحاظ آماری قبل و بعد از تشکیل گروه همتایان داشت (خود- تعالی  $P = ۰/۰۰۱$ ، سلامت جسمی  $P = ۰/۰۰۹$ ). ارتباط معنی‌دار و مستقیمی بین ارتقای خود- تعالی با وضعیت سلامت جسمی وجود داشت ( $P = ۰/۰۱$ ).

**نتیجه‌گیری:** بر اساس نتایج پژوهش، می‌توان با ارتقای خود- تعالی در مبتلایان به ام اس، وضعیت سلامت جسمی آن‌ها را نیز ارتقاء دهیم، که در نهایت ارتقای کیفیت زندگی بیماران را به دنبال دارد.

**واژه‌های کلیدی:** مولتیپل اسکلروزیس، گروه همتایان، سلامت جسمی، خود- تعالی.

نوع مقاله: پژوهشی

دریافت مقاله: ۹۰/۷/۱۴

پذیرش مقاله: ۹۰/۱۲/۷

۱- دانشجوی دکتری تخصصی، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.  
۲- دانشیار، گروه پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. (نویسنده مسؤول)  
Email: t\_ashktorab@sbmu.ac.ir

۳- استادیار، گروه پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.  
۴- دانشیار، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

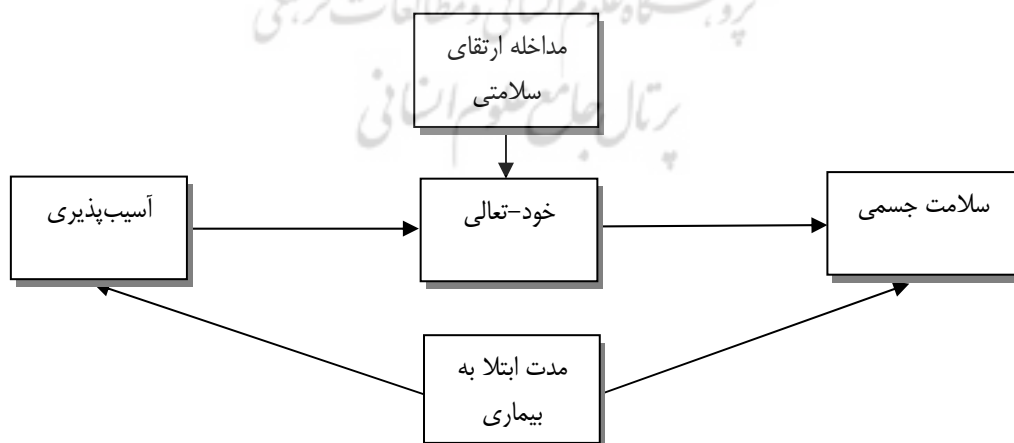
## مقدمه

ام اس بیماری خود ایمنی و پیش‌رونده تخریب میلین در اعصاب مرکزی می‌باشد (۱). تخریب میلین اغلب در نواحی خاصی نظیر عصب بینایی، ساقه مغز، مخچه و ماده سفید نیم‌کره‌های مغز منجر به بروز مجموعه‌ای از علائم بالینی به صورت اختلال حسی، ضعف، گرفتگی عضلانی، اختلال بینایی، اختلال شناختی، خستگی، لرزش اندام‌ها، اختلال در دفع ادرار و مدفوع، اختلال در عملکرد جنسی، اختلال در تعادل و ... در فرد بیمار می‌شود (۲).

علائم بیماری ام اس از فردی به فرد دیگر و حتی از زمانی به زمان دیگر در یک فرد متفاوت می‌باشد (۳). علائم بیماری ناتوان کننده و سیر بیماری غیر قابل پیش‌گویی است. بیماران علائم ناخوشایند و غیر قابل پیش‌بینی، برنامه درمانی مشکل، عوارض دارویی و افزایش ناتوانی جسمی را تجربه می‌کنند (۴). بنابراین، لازم است برنامه‌هایی جهت ارتقای سلامت بیماران در نظر گرفت.

گروه هم‌تایان از جمله گروه‌های حمایتی است که در ارتقای سلامتی نقش دارد (۵). گروه هم‌تایان به اعضای گروه کمک می‌کند تا با هم رویکردهای تطابق مؤثر با تنش ناشی از بیماری را جستجو کنند؛ در حالی که دانش و تجربه خود را به اشتراک می‌گذارند، یکدیگر را نیز در کسب مهارت یاری می‌دهند، به این ترتیب سعی در ارتقای سلامت خود دارند (۶).

افزایش درک از تندرستی در افرادی که وضعیت زندگی آن‌ها، آسیب‌پذیری از بیماری یا امکان مرگ را در آن‌ها افزایش می‌دهد، هدف خود- تعالی می‌باشد. مفهوم خود- تعالی برگرفته از تئوری خود- تعالی ( Self-transcendence theory) می‌باشد که Reed این تئوری را جهت دستیابی به مرزهای فراتر از خود به منظور گسترش دیدگاه‌ها و رفتارهایی ارائه کرد که به فرد در کشف یا ساختن مفهومی از تجربه کمک می‌کند (۷). در تئوری خود- تعالی بیان شده که ظرفیت انسان‌ها برای خود- تعالی می‌تواند تندرستی و دیگر پیامدهای مثبت را تسهیل کند. همچنین، خود- تعالی یک ویژگی ذاتی است که از طریق تمایل فرد به کشف مفهوم زندگی و تماس با دیگران ارتقاء می‌یابد (۸). مفاهیم اصلی تئوری Reed به شرح زیر می‌باشد: آسیب‌پذیری (Vulnerability): آگاهی فرد از مرگ و میر، بحران‌های زندگی چون بیماری‌های مزمن، ناتوانی، تولد بچه و مرحله والدینی می‌باشد (۷)، خود- تعالی: خود- تعالی به مفهوم توسعه مرزهای خود از طریق چندین بعد می‌باشد: الف) درونی از طریق فعالیت‌های درون‌نگری، ب) بیرونی از طریق توجه به رفاه دیگران، ج) سیمای زمان (Temporally = View of time)، که از طریق آن ادراک گذشته و آینده فرد، حال او را توسعه می‌دهد، د) فرا فردی که از طریق آن به یک بعد بالاتر و بزرگ‌تر متصل می‌شود (۹)، تندرستی: تندرستی ترکیبی از دو نوع تغییر می‌باشد:



شکل ۱. مدل خود- تعالی Reed، برگرفته از فصل ۸ (تئوری خود- تعالی، نویسنده: Reed)، کتاب *Middle range theory for nursing* نوشته Smith و Liehr در سال ۲۰۰۸.

همتایان تعیین شود. پژوهش حاضر به تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران رسیده است. روش نمونه‌گیری به صورت در دسترس بود و نمونه‌های پژوهش بر اساس تمایل بیماران عضو انجمن ام اس شهر تهران به شرکت در گروه همتایان انتخاب شدند. ملاک ورود نمونه‌ها به پژوهش دارا بودن وضعیت جسمی مساعد شرکت در گروه و توانایی صحبت کردن و تکمیل ابزارهای پژوهش بود. جهت مشخص شدن تفاوت‌های جنسیتی مؤثر بر روند گروه، سه گروه به صورت گروه بیماران زن، گروه بیماران مرد و گروه مختلط بیماران زن و مرد، تشکیل شد. تمامی بیماران ورود به هر گروه را خودشان انتخاب کردند، زیرا تأکید زیادی به شرکت یا عدم شرکت در گروه منوط به تعیین گروه توسط خود داشتند. علت این موضوع این بود که آن‌ها علاقمند به شرکت در گروهی بودند که بتوانند به راحتی در آن بحث کنند و مانعی برای بحث آن‌ها نباشد. مناسب‌ترین اندازه گروه برای تغییرات بهداشتی در گروه‌های بهداشتی ۸ تا ۱۲ نفر می‌باشد (۵). بنابراین، تعداد ۱۲ نفر برای هر گروه انتخاب شدند که در صورت ریزش حداقل ۱۰ نفر برای هر گروه باقی بماند. در طول پژوهش ۳ بیمار به علت حمله بیماری از ادامه جلسات بازماندند و ۳۳ نفر (۱۰ نفر گروه مردان، ۱۱ نفر گروه زنان و ۱۲ نفر گروه مختلط) جلسات را تا آخر ادامه دادند. مدت تشکیل گروه ۸ هفته و هر هفته یک جلسه به مدت ۲ ساعت بود (۱۸-۱۶). با یک شرکت ایاب ذهاب معلولین جهت آمد و رفت بیماران هماهنگی لازم به عمل آمد. با هماهنگی انجمن ام اس زمان‌های تشکیل گروه‌ها مشخص و به شرکت کنندگان اولین جلسه تشکیل هر گروه اطلاع داده شد. در اولین جلسه برای هر گروه جداگانه اهداف گروه، ابزارهای پژوهش، روش و قوانین تشکیل گروه، شرح داده شد و رضایت‌نامه کتبی مبنی بر شرکت در پژوهش اخذ گردید. در اولین جلسه از اعضای گروه‌ها درخواست شد تا نظر خود را در مورد مباحث جلسات بر اساس نیاز بیان کنند و به این ترتیب مباحث تعیین شد که شامل آشنایی با بیماری، تطابق با تغییرات جسمی و مشکلات آن، تطابق با وضعیت حال و ساختن مفهوم جدید زندگی، داشتن تفکر مثبت، استفاده از

تغییر در پیچیدگی زندگی (برای مثال افزایش سستی در اثر پیری یا از دست دادن همسر محبوب)، با تغییر نوع دوم که تغییرات در یک‌پارچگی (ساخت مفهوم برای این چنین حوادث زندگی) است، تعدیل می‌یابد (۷)، عوامل تعدیل کننده و میانجی: متغیرهای فردی و زمینه‌ای و تعامل آن‌ها است که می‌تواند در فرایند خود-تعالی و در نهایت تندرستی تأثیر بگذارد و مداخله: مداخلات ارتقای سلامتی به طور مستقیم بر منابع داخلی فرد برای خود-تعالی تمرکز می‌کند (۹). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که خود-تعالی در افزایش مراقبت از خود و انجام فعالیت‌های روزانه در بیماری‌های مزمن (۱۰-۱۲)، کیفیت زندگی در بیماران دارای بیماری‌های صعب‌العلاج (۱۳) و بیماران پیوند کبدی (۱۴) تأثیر دارد. با استفاده از تئوری خود-تعالی می‌توان گفت که در بیماری‌های مزمن، بیمار با افراد جدیدی از گروه درمانی و منابع حمایتی جامعه مواجه می‌شود که اطلاعات جدیدی در مورد بیماری، درمان و خودمراقبتی را از آن‌ها دریافت می‌کند. خود-تعالی به بیمار در سازمان‌دهی این چالش‌ها برای دستیابی به یک وضعیت ثابت و حفظ تندرستی و احساس تمامیت در روند بیماری، کمک می‌کند (۷). در مقایسه با دیگر بیماری‌های مزمن، بیماران مبتلا به ام اس وضعیت سلامت عمومی، عملکرد جسمی و اجتماعی کمتری دارند (۱۵). همچنین در ایران پژوهشی یافت نشد که متمرکز بر تأثیر گروه همتایان بر وضعیت سلامت در بیماری‌های مزمن از جمله بیماری ام اس باشد. از سویی، نظریه خود-تعالی نظریه جدیدی می‌باشد و تا به حال در ایران آزمون نشده، بنابراین، پژوهش حاضر به تعیین ارتباط خود-تعالی با سلامت جسمی درک شده بیماران مبتلا به ام اس شرکت کننده در گروه همتایان می‌پردازد.

## مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر به روش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون انجام شد تا ارتباط خود-تعالی با سلامت جسمی درک شده بیماران مبتلا به ام اس شرکت کننده در گروه

ضریب Cronbach's alpha بخش سلامت جسمی "سیاهه کیفیت زندگی در بیماری ام اس" ۰/۹۱ و "خود-تعالی" ۰/۸۱ بود. جهت بررسی پایایی به روش آزمون مجدد، ابزارها به ۱۰ بیمار به فاصله یک هفته داده شد. ضریب Spearman بخش سلامت جسمی "سیاهه کیفیت زندگی در بیماری ام اس" ۰/۹۳ و "خود-تعالی" ۰/۹۳ بود. مقدار شاخص ICC در دو ابزار بخش سلامت جسمی "سیاهه کیفیت زندگی در بیماری ام اس" و "خود-تعالی" به ترتیب برابر با ۰/۹۷۵ و ۰/۹۶۹ به دست آمد، بنابراین تکرارپذیری ابزارها مورد تأیید قرار گرفت. ابزارها قبل و یک هفته بعد از مداخله توسط نمونه‌های پژوهش تکمیل گردید. ترجمه و سازگاری بین فرهنگی ابزارها توسط پژوهشگران انجام شد (۲۰).

در پژوهش حاضر از آزمون‌های مقایسه میانگین نمرات در درون گروه‌ها (Wilcoxon) و میان گروه‌ها (Kruskal-Wallis) و ضریب همبستگی Pearson استفاده شد و آزمون Mann-Whitney U و ضریب همبستگی Spearman جهت بررسی وجود ارتباط متغیرهای زمینه‌ای با تفاوت میانگین نمرات خود-تعالی و وضعیت سلامت جسمی قبل و بعد از مداخله، استفاده شد.

#### یافته‌ها

نتایج پژوهش نشان داد که میانگین سنی ۳۳ بیمار شرکت کننده در گروه‌های همتایان  $11/7 \pm 39/51$  سال بود. اکثریت بیماران (۴۲/۴ درصد) متأهل، ۳۰/۳ درصد مجرد و ۲۷/۳ درصد مطلقه و بیوه بودند. ۴۵/۵ درصد بیماران تحصیلات دیپلم، ۴۲/۴ درصد دانشگاهی و ۱۲/۱ درصد زیر دیپلم داشتند. اکثریت بیماران (۵۷/۶ درصد) بیکار و ۴۲/۴ درصد شغل دولتی یا آزاد داشتند. ۶۰/۶ درصد از بیماران ورزش را به صورت نامنظم، ۱۲/۱ درصد ورزش منظم انجام می‌دادند و ۲۷/۳ درصد ورزش انجام نمی‌دادند. اکثریت بیماران (۵۱/۵ درصد) داروی ایمنومودولار ام اس مصرف می‌کردند. هیچ یک از بیماران سابقه خانوادگی بیماری ام اس را نداشتند. میانگین مدت ابتلا به بیماری  $7/5 \pm 14/45$  سال و میانگین سن شروع بیماری  $15/7 \pm 27/15$  سال بود.

تجارب و نظرات دیگران، بود. در ابتدای هر جلسه رهبر گروه (نویسنده اول) در مورد موضوع جلسه برای مدت کوتاهی صحبت می‌کرد و ادامه بحث را به اعضای گروه می‌سپرد و در مواقع لازم به ارایه اطلاعات علمی می‌پرداخت، یا از انحراف بحث از موضوع اصلی جلوگیری می‌کرد. در خاتمه هر جلسه، از یکی از اعضای درخواست می‌شد تا جمع‌بندی از بحث و ارایه نتیجه داشته باشد.

اعضایی از گروه که در جلسه‌ای غیبت داشتند، اغلب مباحث جلسه را از طریق تلفن از پژوهشگر و یا سایر اعضای دنبال می‌کردند. از سوئی، غیبت بیش از ۲ جلسه به مفهوم کنار گذاردن داده حاصل از آن فرد بود. در طول جلسات نظر اعضای گروه در ارتباط با پویایی گروه با استفاده از پرسش مستقیم و مشاهده رفتار اعضای بررسی می‌شد و بازخورد آن بر روند جلسات اعمال می‌شد.

ابزارهای پژوهش عبارت بودند از: الف- "مقیاس خود-تعالی (Self-transcendence scale)" توسط Reed طراحی شده (قبل از طراحی تئوری خود-تعالی) و ۱۵ عبارت دارد که بر اساس مقیاس لیکرت، دامنه امتیاز از ۱۵ تا ۶۰ دارد، امتیاز بیشتر نشان دهنده خود-تعالی بالاتر است. ضریب Cronbach's alpha در مطالعات مختلف از ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ بود (۷، ۹). ب- "سیاهه کیفیت زندگی ام اس (Multiple sclerosis quality of life inventory)" توسط Paul و همکاران با حمایت کنسرسیون مراکز ام اس و کمیته پژوهش خدمات بهداشتی (The consortium of multiple sclerosis centers health services research subcommittee) در آمریکا طراحی شد. ابزار دارای ۱۳۸ عبارت در ۱۰ بخش می‌باشد. در پژوهش حاضر بخش سلامت جسمی آن استفاده شد که شامل حیطه‌های شاخص سلامت جسمی- حرکتی، تأثیر خستگی، تأثیر درد، کنترل ادراری، کنترل دفعی و تأثیر صدمه بینایی می‌باشد. بخش سلامت جسمی با ۸۴ عبارت دامنه امتیاز ۹-۲۸۱ را دارد، امتیاز بیشتر نشان دهنده سلامت جسمی بالاتر است. طراحان ابزار، ضریب Cronbach's alpha را برای حیطه‌های آن بین ۰/۷۸ تا ۰/۹۵ گزارش کردند (۱۹). جهت بررسی همبستگی درونی، ابزارها به ۲۰ بیمار داده شد که

(مردان:  $P = 0/047$  و مختلط:  $P = 0/034$ ). مقایسه تفاوت نمرات قبل و بعد از مداخله بین سه گروه به لحاظ آماری اختلاف معنی‌داری را نشان نداد و وضعیت سلامت جسمی به یک نسبت افزایش یافته است.

ضریب همبستگی Pearson ارتباط معنی‌دار و مستقیمی بین ارتقای خود- تعالی با وضعیت سلامت جسمی بعد از شرکت در گروه همتایان نشان داد ( $P = 0/01$ ).

داری بین تفاوت خود- تعالی قبل و بعد از مداخله و تفاوت وضعیت سلامت جسمی قبل و بعد از مداخله

ضریب همبستگی Spearman ارتباط معنی‌داری بین سن، سن شروع بیماری و مدت ابتلا به بیماری با تفاوت خود- تعالی و تفاوت وضعیت سلامت جسمی قبل و بعد از مداخله نشان نداد. آزمون Mann-Whitney U نیز اختلاف معنی‌داری بین تفاوت خود- تعالی و تفاوت وضعیت سلامت جسمی قبل و بعد از مداخله با متغیرهای وضعیت جنس، تأهل، سطح تحصیلات، وضعیت شغل، مصرف داروی ایمنومدولار و انجام ورزش نشان نداد.

مقایسه میانگین نمرات خود- تعالی و وضعیت سلامت جسمی در تمامی ۳۳ بیمار شرکت کننده در گروه همتایان، با توجه به جدول ۱، اختلاف معنی‌داری را به لحاظ آماری قبل و بعد از تشکیل گروه همتایان نشان داد (خود- تعالی:  $P = 0/001$ ، وضعیت سلامت جسمی:  $P = 0/009$ ).

مقایسه میانگین نمرات خود- تعالی به تفکیک سه گروه همتایان در جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین نمرات خود- تعالی درون هر یک از سه گروه همتا، بعد از شرکت در گروه افزایش معنی‌داری داشته است (زنان:  $P = 0/005$  مردان:  $P = 0/008$ ، مختلط:  $P = 0/003$ ). مقایسه تفاوت نمرات قبل و بعد از مداخله بین سه گروه به لحاظ آماری اختلاف معنی‌داری را نشان نداد.

مقایسه میانگین نمرات وضعیت سلامت جسمی قبل و بعد از شرکت در گروه همتایان، با توجه به جدول ۳، نشان می‌دهد که در دو گروه همتا مردان و مختلط (مقایسه درون گروهی)، اختلاف وضعیت سلامت جسمی از قبل از تشکیل گروه تا بعد از پایان آن به لحاظ آماری معنی‌دار می‌باشد

جدول ۱. میانگین نمرات خود- تعالی و وضعیت سلامت جسمی ۳۳ بیمار مبتلا به ام اس قبل و بعد از شرکت در گروه همتایان سال ۱۳۸۹

میانگین نمرات	زمان آزمون	قبل از مداخله میانگین (انحراف معیار)	بعد از مداخله میانگین (انحراف معیار)	مقایسه میانگین نمرات درون گروهی (آزمون Wilcoxon)
خود- تعالی		۴۴/۵۷ (۸/۲)	۵۳/۲۱ (۶/۲)	$Z = 4/34$ $P = 0/001$
وضعیت سلامت جسمی		۱۵۱/۸۴ (۳۳/۳)	۱۷۱/۵۸ (۳۷/۵)	$Z = 2/61$ $P = 0/009$

جدول ۲. مقایسه میانگین نمرات خود- تعالی بیماراران مبتلا به ام اس قبل و بعد از مداخله بر حسب گروه همتایان سال ۱۳۸۹

گروه همتایان	زمان آزمون	قبل از مداخله میانگین (انحراف معیار)	بعد از مداخله میانگین (انحراف معیار)	مقایسه میانگین نمرات درون گروهی (آزمون Wilcoxon)
زنان		۴۷/۰۹ (۸/۰۶)	۵۵/۷۲ (۳/۷۴)	$Z = 2/805$ $P = 0/005$
تعداد = ۱۱				
مردان		۳۹/۰۹ (۸/۹۶)	۴۸/۸۰ (۸/۳۹)	$Z = 2/66$ $P = 0/008$
تعداد = ۱۰				
مختلط		۴۶/۱۶ (۶/۵۴)	۵۴/۵۸ (۴/۰۳)	$Z = 2/93$ $P = 0/003$
تعداد = ۱۲				
		مقایسه تفاوت نمرات قبل و بعد بین سه گروه (آزمون Kruskal-Wallis)		$H = 0/009$ $P = 0/996$



جدول ۳. میانگین نمرات وضعیت سلامت جسمی بیماران مبتلا به ام اس قبل و بعد مداخله بر حسب گروه هم‌تایان سال ۱۳۸۹

گروه هم‌تایان	زمان آزمون	قبل از مداخله میانگین (انحراف معیار)	بعد از مداخله میانگین (انحراف معیار)	مقایسه میانگین نمرات درون گروهی (آزمون Wilcoxon)
گروه زنان		۱۴۹/۶۷ (۳۹/۱)	۱۷۲/۵۴ (۴۰/۶)	$Z = ۱/۷۷۸$ $P = ۰/۰۷۵$
تعداد = ۱۱				
گروه مردان		۱۳۰/۶۳ (۱۴/۸)	۱۵۰/۳۰ (۳۸/۴)	$Z = ۱/۹۸۸$ $P = ۰/۰۴۷$
تعداد = ۱۰				
گروه مختلط		۱۷۱/۵۱ (۳۷/۹)	۱۸۸/۴۲ (۲۵/۴)	$Z = ۲/۱۲۰$ $P = ۰/۰۳۴$
تعداد = ۱۲				
		مقایسه تفاوت نمرات قبل و بعد بین سه گروه (آزمون کروسکال والیس)		$H = ۰/۶۱۸$ $P = ۰/۷۳$

### بحث و نتیجه‌گیری

مقایسه میانگین نمرات خود- تعالی اختلاف معنی‌داری را به لحاظ آماری قبل و بعد از تشکیل گروه هم‌تایان نشان داد. خود- تعالی علاوه بر این که درون گروه‌ها قبل و بعد از مداخله افزایش یافته، بین سه گروه نیز قبل و بعد از شرکت در گروه هم‌تایان به یک نسبت افزایش یافته است. پژوهش‌های اندکی بر پایه تئوری Reed به صورت مداخله‌ای انجام شده، یا حداقل در دسترس پژوهشگر قرار نگرفت، اما پژوهش‌های موجود نشان می‌دهد که نتایج پژوهش حاضر با پژوهش Coward که بر روی زنان مبتلا به سرطان در آمریکا انجام شد، مشابه است (۱۸). اما پژوهش‌هایی که به بررسی مداخله خلاقانه جهت ارتقای نگرش دانشجویان پرستاری در مراقبت از سالمندان انجام شد، نشان داد که خود- تعالی در قبل و بعد از مداخله افزایش یافته، اما تغییری معنی‌داری نکرده است (۲۱، ۲۲). علت این تفاوت می‌تواند مرتبط با گروه هدف تئوری Reed باشد که افرادی هستند که وضعیت زندگی آن‌ها، آسیب‌پذیری یا مرگ را در آن‌ها افزایش می‌دهد؛ در حالی که دانشجویان پرستاری موقعیت‌های مختلف مراقبت سالمندان را در طول تحصیل تجربه می‌کنند و این می‌تواند در عدم تغییر خود- تعالی آن‌ها نقش داشته باشد.

مقایسه میانگین نمرات وضعیت سلامت جسمی اختلاف معنی‌داری را به لحاظ آماری قبل و بعد از تشکیل گروه هم‌تایان نشان داد و مقایسه میانگین نمرات وضعیت سلامت جسمی

در دو گروه هم‌تا مردان و مختلط، اختلاف معنی‌داری را از قبل از تشکیل گروه تا بعد از پایان آن به لحاظ آماری نشان داد. این نتیجه مشابه نتایج پژوهش یوسلی و همکاران (به نقل از Messmer و همکاران) بود (۶)، ولی پژوهش Mohr و همکاران این اختلاف را معنی‌دار نشان نداد (۲۳).

قبل از انجام مداخله میانگین نمرات وضعیت سلامت جسمی و خود- تعالی در زنان بیشتر از مردان بود. بهتر بودن پیش‌آگهی بیماری در زنان نسبت به مردان می‌تواند علت زیاد بودن میانگین نمرات وضعیت سلامت جسمی زنان نسبت به مردان باشد (۲۴). اما توجیهی برای بیشتر بودن نمرات خود- تعالی زنان در منابع یافت نشد و این نتیجه می‌تواند نیاز به بررسی تفاوت خود- تعالی در زنان و مردان را نشان دهد.

ارتباط معنی‌دار و مستقیمی بین ارتقای خود- تعالی با وضعیت سلامت جسمی بعد از شرکت در گروه هم‌تایان وجود داشت. مداخله ارتقای سلامت به صورت تشکیل گروه هم‌تا به طور مستقیم بر منابع داخلی فرد برای خود- تعالی تأثیر داشته، با ارتقای سطح درک از بیماری، وضعیت سلامت جسمی ارتقاء یافته است. این نتایج مشابه نتایج پژوهش مشابه می‌باشد (۲۶، ۲۵، ۱۸). پژوهش‌های انجام گرفته بر روی تئوری خود- تعالی ارتباط بین خود- تعالی و شاخص‌های تندرستی را تأیید می‌کنند و تمامی پژوهش‌ها بر مداخلاتی که سبب خود- تعالی می‌شود و در نهایت ارتقای سلامت جسمی و روانی را در پی دارد، تأکید دارند (۲۹-۲۷، ۹، ۷). بیماران با شرکت در گروه هم‌تا وضعیت خود را درک

مختلط پویایی بیشتر و بدون کمک پژوهشگر برقرار بود؛ در حالی که، در گروه همتا مردان پویایی گروه با تلاش پژوهشگر برقرار می‌شد و افراد بدون تحریک پژوهشگر در بحث‌ها شرکت نمی‌کردند. علت این امر را می‌توان در تفاوت زنان و مردان که زنان نسبت به مردان بیشتر برون‌گرا هستند و مشکلات و تجارب خود را در میان می‌گذارند، دانست. از سویی می‌توان علت آن را تفاوت جنس پژوهشگر اداره کننده گروه با گروه مردان دانست که خود می‌توانست روند پویایی گروه را کاهش دهد. در گروه همتا مختلط نیز تفاوت جنسیتی و نیاز به برجسته نشان دادن هر یک از جنسیت‌ها سبب ایجاد پویایی گروه شده بود.

پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی نیز بود: نمونه‌های پژوهش به صورت در دسترس انتخاب شدند و با علاقه خود در گروه‌ها جای گرفتند که می‌توانست در نتایج پژوهش تأثیر بگذارد که با توجه به نتایج مشابه در هر سه گروه تأثیر آن محسوس نمی‌باشد. به علت زیاد بودن عبارات‌های ابزارهای پژوهش، در تمامی مراحل از نمونه‌های درخواست شد تا ابزارها را در منزل و با رعایت دوره‌های استراحت تکمیل کنند. گر چه تکمیل ابزار در منزل از قدرت اعتماد به پاسخ‌ها می‌کاهد، ولی پژوهشگران ناچار به انجام آن بودند.

از آن جایی که عدم توجه به خود-تعالی در این بیماران خود می‌تواند زمینه‌ساز مشکلات بعدی مثل تشدید علائم جسمی و روانی بیماری و کاهش سلامت شود. بنابراین، با توجه به عوارض شناخته شده مشکلات جسمی و روانی در بیماران مبتلا به ام اس اقدامات مناسب مانند نیاز به برقراری گروه همتایان در بیماری ام اس و دیگر بیماری‌های مزمن که اختلال سلامت را به دنبال دارد، مورد تأکید قرار می‌دهد. لازم است این تئوری به صورت گسترده‌تر توسط پژوهشگران در دیگر بیماری‌های مزمن بررسی شود.

#### سپاسگزاری

از دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران جهت حمایت مالی پژوهش حاضر تشکر می‌گردد. از انجمن ام اس شهر

کرده، می‌پذیرند و با ارتباط با دیگر اعضای گروه به رفاه دیگران توجه می‌کنند و تجربیات و دانش خود را در اختیار دیگران می‌گذارند. همچنین، با استفاده از تجارب دیگران و انطباق آن با تجربیات و وضعیت خود و نگرانی نسبت به آینده سعی در بهبود وضعیت کنونی خود دارند. از سویی، پیدا کردن احساس معنی‌داری و مورد قبول بودن توسط اعضای گروه، سبب ارتقای خود-تعالی بیماران می‌شود. عامل خود-تعالی، مفهوم جدیدی را برای بیمار مبتلا به بیماری ام اس ایجاد می‌کند و بیمار سعی در به کارگیری راه‌کارهای تطابق با بیماری که از گروه همتا کسب کرده، می‌شود و به این طریق وضعیت سلامت ارتقاء می‌یابد.

ارتقای خود-تعالی در این پژوهش بعد از شرکت در گروه همتایان می‌تواند انعکاسی از شرکت در جامعه و به اشتراک گذاردن رویکردهای تطابق با مشکلات به دنبال عوارض جسمی در گروه همتایان باشد. فعالیت‌هایی که در جلسات گروه همتایان برگزار شد، به شرکت کنندگان در توسعه مرزهای مفهومی درونی از طریق تعمق در خود، برونی از طریق نگرانی و مراقبت از دیگران و در سیمای زمان با استفاده از تجارب و امید برای آینده جهت گسترش موقعیت‌های خود کمک کرد و آن‌ها توانستند رویکردهای تطابق با مشکلات جسمی را در روند زندگی خود به کار ببرند. بر اساس یک سؤال باز که در انتهای پرسش‌نامه قرار داشت و نظر شرکت کنندگان را از شرکت در گروه همتایان سؤال کرده بود، تمامی شرکت کنندگان پاسخ دادند که شرکت در جلسات گروه تأثیر به‌سزایی در کاهش مشکلات سلامت جسمی و روانی آن‌ها داشته است. به خصوص در هر سه گروه بیشتر شرکت کنندگان از عدم درک خانواده، دوستان و جامعه از موقعیت‌های که به واسطه عوارض بیماری در آن‌ها ایجاد شده بود، شکایت داشتند و این را یک محدودیت برای خود می‌دانستند که با بحث در گروه‌ها و حتی شرکت برخی از خانواده‌ها در بعضی جلسات به ارایه راه‌کار در این زمینه پرداخته شد.

بررسی پویایی گروه‌ها نشان داد که در گروه همتا زنان و

تهران و بیماران عضو انجمن صمیمانه قدردانی می‌شود، بدون شک همکاری آن‌ها انجام این پژوهش امکان‌پذیر نمود.

## References

1. Brunner LS, Suddarth DS. Brunner and Suddarth's textbook of medical-surgical nursing. 11<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
2. Paltamaa J, Sarasoja T, Leskinen E, Wikstrom J, Malkia E. Measures of physical functioning predict self-reported performance in self-care, mobility, and domestic life in ambulatory persons with multiple sclerosis. Arch Phys Med Rehabil 2007; 88(12): 1649-57.
3. Multiple Sclerosis Association of America. What is Multiple Sclerosis? [On Line]. 2010. Available from: URL: [http://www.msassociation.org/about\\_multiple\\_sclerosis/whatisms](http://www.msassociation.org/about_multiple_sclerosis/whatisms)
4. Dennison L, Moss-Morris R, Chalder T. A review of psychological correlates of adjustment in patients with multiple sclerosis. Clin Psychol Rev 2009; 29(2): 141-53.
5. Lassiter PG. Group approaches to practice. In: Stanhope M, Lancaster J, editors. Community health nursing: promoting health of aggregates, families, and individuals. 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Mosby; 2004. p. 540-56.
6. Messmer UM, Mancuso ML, Battaglia MA, Zagami P, Mohr DC. Peer support groups in multiple sclerosis: current effectiveness and future directions. Mult Scler 2004; 10(1): 80-4.
7. Reed PG. Theory of self-transcendence. In: Smith MJ, Liehr PR, editors. Middle Range Theory for Nursing. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Springer Publishing Company; 2008. p. 105-25.
8. Perry DJ. Self-transcendence: Loneragan's key to integration of nursing theory, research, and practice. Nurs Philos 2004; 5(1): 67-74.
9. Reed PG. Demystifying self-transcendence for mental health nursing practice and research. Arch Psychiatr Nurs 2009; 23(5): 397-400.
10. Mellors MP, Riley TA, Erlen JA. HIV, self-transcendence, and quality of life. J Assoc Nurses AIDS Care 1997; 8(2): 59-69.
11. Upchurch S. Self-transcendence and activities of daily living. The woman with the pink slippers. J Holist Nurs 1999; 17(3): 251-66.
12. Upchurch S, Mueller WH. Spiritual influences on ability to engage in self-care activities among older African Americans. Int J Aging Hum Dev 2005; 60(1): 77-94.
13. Neill J. Transcendence and transformation in the life patterns of women living with rheumatoid arthritis. ANS Adv Nurs Sci 2002; 24(4): 27-47.
14. Wright KB. Quality of life, self-transcendence, illness distress, and fatigue in liver transplant recipients. [Thesis]. USA: University of Texas at Austin; 2003.
15. Mitchell AJ, Benito-Leon J, Gonzalez JM, Rivera-Navarro J. Quality of life and its assessment in multiple sclerosis: integrating physical and psychological components of wellbeing. Lancet Neurol 2005; 4(9): 556-66.
16. Paul GM, Smith SM, Whitford DL, O'Shea E, O'Kelly F, O'Dowd T. Peer support in type 2 diabetes: a randomised controlled trial in primary care with parallel economic and qualitative analyses: pilot study and protocol. BMC Fam Pract 2007; 8: 45.
17. Drizlikh GI, Andreev AV, Kotomina IF, Brondz DB. [Use of peritoneal macrophages labeled with Cr51 and cultivated in vitro as target cells for quantitative assessment of the cytotoxic activity of immune T-lymphocytes]. Biull Eksp Biol Med 1976; 81(3): 340-2.
18. Coward DD. Facilitation of self-transcendence in a breast cancer support group: II. Oncol Nurs Forum 2003; 30(2): 291-300.
19. Fischer JS, LaRocca NG, Miller DM, Ritvo PG, Andrews H, Paty D. Recent developments in the assessment of quality of life in multiple sclerosis (MS). Mult Scler 1999; 5(4): 251-9.
20. JadidMilani M, Ashktorab T, AbedSaedi Z, AlaviMajd H. Physical Health Status in Multiple Sclerosis Patients in Tehran. Journal of Nursing & Midwifery Faculty Shahid Beheshti University of Medical Sciences & Health Services 2012; In Press. [In Persian].
21. Chen S, Walsh SM. Effect of a creative-bonding intervention on Taiwanese nursing students' self-transcendence and attitudes toward elders. Res Nurs Health 2009; 32(2): 204-16.
22. Lamet AR, Sonshine R, Walsh SM, Molnar D, Rafalko S. A Pilot Study of a Creative Bonding Intervention to Promote Nursing Students' Attitudes towards Taking Care of Older People. Nurs Res Pract 2011; 2011: 537634.



23. Mohr DC, Burke H, Beckner V, Merluzzi N. A preliminary report on a skills-based telephone-administered peer support programme for patients with multiple sclerosis. *Mult Scler* 2005; 11(2): 222-6.
24. Halper J, Holland N. *Comprehensive Nursing Care in Multiple Sclerosis*. 3<sup>rd</sup> ed. New York: Springer Publishing Company; 2010.
25. Hoshi M. *Self-Transcendence, Vulnerability, and Well-Being in Hospitalized Japanese Elders*. Ca: Proquest, Umi Dissertation Publishing; 2011.
26. Matthews EE, Cook PF. Relationships among optimism, well-being, self-transcendence, coping, and social support in women during treatment for breast cancer. *Psychooncology* 2009; 18(7): 716-26.
27. Runquist JJ, Reed PG. Self-transcendence and well-being in homeless adults. *J Holist Nurs* 2007; 25(1): 5-13.
28. Decker IM, Reed PG. Developmental and contextual correlates of elders' anticipated end-of-life treatment decisions. *Death Stud* 2005; 29(9): 827-46.
29. Kausch KD, Amer K. Self-transcendence and depression among AIDS Memorial Quilt panel makers. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2007; 45(6): 44-53.



## The relationship between self-transcendence and perceived physical health in patients with multiple sclerosis (MS) attending peer support groups

Maryam Jadid Milani<sup>1</sup>, Tahereh Ashktorab<sup>2</sup>, Zhila Abed Saedi<sup>3</sup>, Hamid Alavi Majd<sup>4</sup>

### Abstract

**Aim and Background:** According to the self-transcendence model, interventions to promote the level of self-transcendence can in turn improve physical health status. Therefore, the aim of this study was to investigate the relationship between self-transcendence and perceived physical health in patients with multiple sclerosis (MS) attending peer support groups.

**Methods and Materials:** This quasi-experimental study used pretest and posttest to investigate the relationship between self-transcendence and perceived physical health in 33 patients with confirmed MS. Patients participated in three peer support groups (10 males in the male group, 11 females in female group and 12 males and females in the mixed group). Participants were required to attend 8 weekly sessions comprising 2 hours each. Data was collected by the Self-Transcendence Scale (STS) and physical health section of the Multiple Sclerosis Quality of Life Inventory (MSQLI). Wilcoxon, Kruskal-Wallis and Mann-Whitney U tests and Spearman and Pearson coefficients were used for data analysis.

**Findings:** Comparing mean scores of self-transcendence (pretest: 44.57 (8.2); posttest: 53.21 (6.2);  $P = 0.001$ ) and physical health status (pretest: 151.84 (33.3); posttest 171.58 (37.5);  $P = 0.009$ ) showed significant differences after attending peer support groups. There was a positive relationship between self-transcendence and physical health status ( $P = 0.01$ ).

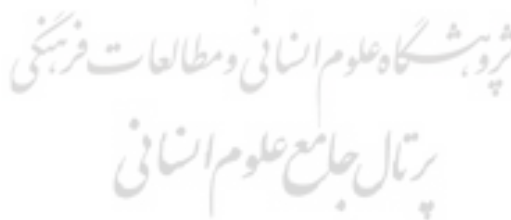
**Conclusions:** The results showed that promoting self-transcendence would lead to enhanced physical health status and the quality of life in general.

**Keywords:** Multiple sclerosis, Peer groups, Physical health status, Self-transcendence.

**Type of article:** Original

Received: 05.11.2011

Accepted: 26.03.2012



1. PhD Candidate, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2. Associate Professor, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. (Corresponding Author)  
Email: t\_ashktorab@sbmu.ac.ir

3. Assistant Professor, Department of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

4. Associate Professor, Department of Paramedical Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.