

تأثیر شرکت در گروه حمایتی هم‌تایان بر سلامت روان بیماران تحت درمان با همودیالیز

*پرستو امیری^۳

مریم جدید میلانی^۲

اکرم ملک خواهی^۱

چکیده

زمینه و هدف: بیماران تحت درمان با همودیالیز با طیف وسیعی از مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی روبرو شده و در نهایت در معرض ناتوانی قرار می‌گیرند. در گروه‌های حمایتی هم‌تایان افراد با تجربه‌های مشابه، راهبردهایی را ارائه می‌دهند که منجر به بهبود کیفیت زندگی بیماران گردد. این مطالعه با هدف تعیین تأثیر شرکت در گروه حمایتی هم‌تایان بر سلامت روان بیماران تحت درمان با همودیالیز انجام شد.

روش بررسی: پژوهش حاضر به صورت کارآزمایی بالینی تصادفی شده با گروه مداخله و کنترل بر روی ۶۴ بیمار تحت همودیالیز در بیمارستان شهر سبزوار در سال ۱۳۹۲ انجام گرفت. روش نمونه‌گیری به صورت تصادفی ساده بوده و شرکت کنندگان با استفاده از بلوک‌های جایگشتی به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. بیماران گروه کنترل مراقبت روتین بخش دیالیز را دریافت می‌کردند. جلسات حمایتی هم‌تایان به مدت ۸ هفته به صورت ۲ ساعت در هفته جهت گروه مداخله برگزار شد و موضوع جلسات بر اساس مشکلات به‌دست آمده از نیاز و علاقه بیماران بود. در هر دو گروه داده‌ها با استفاده از آزمون تی زوجی و تی مستقل در نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: بین دو گروه مداخله و کنترل از نظر امتیازهای وضعیت سلامت روان بعد از اتمام مطالعه اختلاف معناداری وجود داشت ($P < 0/05$). در گروه مداخله قبل و بعد از شرکت در گروه حمایتی هم‌تایان، اختلاف آماری معناداری از نظر امتیازهای وضعیت سلامت روان وجود داشت ($P < 0/05$) و سلامت روان بیماران تحت همودیالیز در گروه مداخله افزایش یافت.

نتیجه‌گیری کلی: با توجه به این که شرکت در گروه حمایتی هم‌تایان موجب ارتقاء سلامت روان بیماران تحت همودیالیز می‌شود، نتایج این پژوهش می‌تواند در آموزش و مدیریت پرستاری کاربرد داشته باشد و توسط مدرسین پرستاری در آموزش بالینی دانشجویان پرستاری و طراحی فرایند پرستاری در بیماران تحت همودیالیز مورد استفاده قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: همودیالیز، نارسایی مزمن کلیه، سلامت روانی، گروه حمایتی هم‌تایان

تاریخ دریافت: ۹۴/۴/۲۲

تاریخ پذیرش: ۹۴/۷/۲۰

^۱ کارشناس ارشد پرستاری، بیمارستان حشمتیه سبزوار، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران.

^۲ دکتری پرستاری، استادیار، عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

^۳ متخصص پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیقات سلامت سالمندان، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران. (تویسنده مسئول).

Email: Amiri.Parasto@gmail.com

شماره تماس: ۰۵۱۴۴۲۲۱۹۹۱-۰۹۱۵۱۷۰۲۹۱۹

مقدمه

مرحله انتهایی نارسایی مزمن کلیه (End Stage Renal Disease-ESRD)، از علل مهم مرگ و ناتوانی در دنیا می‌باشد^(۱). شیوع ESRD در جهان ۲۴۲ مورد در یک میلیون نفر جمعیت است^(۲). در ایران میزان رشد این بیماری از متوسط رشد جهانی بیشتر می‌باشد^(۳). رایج‌ترین روش درمان این بیماران، همودیالیز می‌باشد که باعث طولانی شدن عمر این بیماران می‌گردد^(۲) اما بیماران تحت درمان با همودیالیز با طیف وسیعی از مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی روبرو شده و در نهایت در معرض ناتوانی قرار می‌گیرند^(۴). این بیماران به دلیل تغییر در سبک زندگی به دنبال بیماری و شیوه درمان اغلب با مشکلات روانی فراوانی دست به‌گریبانند^(۵).

اختلالات روانی اجتماعی از جمله تغییر در تصویر ذهنی، تغییرات خلقی و عوامل دیگر موجب قرار گرفتن بیماران تحت همودیالیز در برابر تنش‌های روزانه می‌گردند^(۶) و شیوه زندگی و نقش‌های فرد را تحت تاثیر قرار داده^(۷) و باعث وابستگی بیمار و کاهش اعتماد به نفس و در نهایت اختلال در بهداشت روان بیمار می‌گردند^(۸). فراوانی اختلالات روانی در بیماران با بیماری نارسایی مزمن کلیه از سایر بیماری‌های مزمن بیشتر است به طوری که شیوع افسردگی در بیماران تحت همودیالیز در داخل کشور نیز بین ۵۰ تا ۸۰ درصد گزارش شده است^(۹). مشکلات روانی در صورت عدم شناسایی و درمان در نهایت ممکن است منجر به خودکشی این بیماران گردند^(۷). از طرفی درمان به موقع اختلالات روانی در افزایش طول عمر و کیفیت زندگی بیماران تحت همودیالیز موثر است^(۵).

از آنجایی که درمان‌های دارویی که جهت بیماران تحت همودیالیز به کار برده می‌شوند دارای هزینه‌ی بالا و عوارض فراوان می‌باشند^(۱۰)، نیاز در به‌کارگیری روش‌هایی جهت توانمندسازی برای سازگاری با بیماری آشکار می‌شود. یکی از راه‌های توانمندسازی استفاده از حمایت‌های اجتماعی می‌باشد^(۱۱). از کارکردهای مهم حمایت‌های اجتماعی حفظ سلامت^(۱۲)، کاهش استرس و

بهبود عملکرد می‌باشند^(۱۱). گروه حمایتی هم‌تایان از جمله حمایت‌های اجتماعی است که افراد گروه تجارک خود در مورد موضوع مشترک را با یکدیگر به اشتراک می‌گذارند و یک سیستم حمایتی تنگاتنگی را ایجاد می‌کنند^(۱۳). افرادی که تجربه‌های مشابهی دارند راهبردهایی را به یکدیگر ارائه می‌دهند که حتی اعضای گروه‌های بهداشتی هم ممکن است در مورد آن آگاهی نداشته باشند^(۱۱). مناسب‌ترین اندازه‌ی گروه‌ها برای تغییرات بهداشتی، ۸ تا ۱۲ نفر می‌باشد^(۱۴). کسب اطلاعات در رابطه با بیماری، استفاده از مذاکره‌ی مثبت، مبادرت به فعالیت‌های پر معنی و چالش برانگیز، روش‌هایی هستند که به شخص کمک می‌کنند تا تجربیات بیماری را مدیریت نمایند و در جهت بهبودی گام بردارند^(۱۵).

از دهه ۱۹۷۰ در تعدادی از کشورها، گروه‌های حمایتی پدیدار شدند. با افزایش بیماری‌های مزمن، تعداد گروه‌های حمایتی افزایش یافت. تنها در کشور انگلستان حدود ۲۰۰۰ گروه حمایتی در بیماری‌های مزمن دارای وبگاه هستند. این تعداد نشان دهنده‌ی نقش مؤثر آنها است. اما، تعداد پژوهش‌های اندکی تأثیر گروه‌های حمایتی هم‌تایان را بر بیماری‌های مزمن بررسی کرده‌اند^(۱۱). در مطالعه‌ای گزارش شد که شرکت در گروه حمایتی هم‌تایان باعث ارتقای سلامت بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس گردید^(۱۲). در مطالعه‌ی شریفی و همکاران نیز آموزش هم‌تایان سبب ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان پس از جراحی ماستکتومی گردید^(۱۶). کمال صالحی و همکاران نشان دادند که استفاده از حمایت اجتماعی باعث بهبود وضعیت سلامت روان بیماران تحت همودیالیز می‌شود^(۱۷). اما در مطالعه Matthews و همکاران ارتباط معناداری بین حمایت اجتماعی و خوش بینی، تطابق و احساس خوب بودن در زنان مبتلا به سرطان پستان وجود نداشت^(۱۸). در ایران مستندات دال بر دایر بودن گروه حمایتی هم‌تایان برای بیماران تحت همودیالیز موجود نیست و تنها، گروه‌های

مراقبت روتین بخش دیالیز را دریافت می‌کردند. در گروه مداخله ابتدا گروه حمایتی همتایان تشکیل شد. با توجه به حجم نمونه جلسات در سه گروه ۱۰، ۱۰ و ۱۲ نفره برگزار شدند. بعد از ریزش در گروه ۱ تعداد ۸ نفر، در گروه ۲ تعداد ۹ نفر و در گروه ۳ تعداد ۱۱ نفر باقی ماندند که در مجموع ۲۸ نفر در گروه مداخله باقی ماندند. نحوه‌ی قرار گیری در گروه‌ها با توجه به برنامه‌ی همودیالیز بیماران بود. جلسات قبل از شروع همودیالیز هفته‌ای یکبار به مدت ۲ ساعت برای ۸ هفته^(۲۰، ۲۱) جهت هر یک از گروه‌ها برگزار شد. افرادی از گروه که در ۲ و کمتر از ۲ جلسه غیبت داشتند، مباحث عنوان شده در جلسه را از طریق تلفن از پژوهش‌گر و یا سایر اعضای گروه دنبال می‌کردند. روش تشکیل و مدیریت گروه حمایتی در هر سه گروه یکسان بود و مسائل عقیدتی و فرهنگی در هنگام برگزاری جلسات رعایت گردید.

در جلسه اول مشکلات سلامت بیماران پرسیده شد سپس بر اساس اولویت، موضوعات در هر گروه به تفکیک برای هفت جلسه بعدی برنامه ریزی شد. مباحث شامل تفکر مثبت، تغییرات و عوارض جسمی و روانی مانند گرفتگی عضلات و مشکلات خواب و خارش، تغذیه صحیح و مشکلات جنسی بودند. در هر جلسه وقتی از یک اختلال بحث می‌شد رویکردهای تطابق با تغییرات و مشکلات آن، تطابق با وضعیت حال و ساختن مفهوم جدید زندگی، استفاده از تجربه‌ها و نظرات دیگران مورد تأکید بود. آموزش تن آرامی، آموزش در مورد بیماری و شیوه‌ی کنترل آن، شفاف نمودن ارزش‌ها، آموزش ساختن فکر و خودمدیریتی احساسات و برنامه ریزی فعالیت‌های لذت‌بخش بود. عناوین جلسات در هر سه گروه تقریباً مشابه بود. نحوه قرارگیری در گروه‌ها با توجه به برنامه همودیالیز بیماران بود و ترتیب مباحث عنوان شده که بر اساس اولویت بندی اعضای گروه بود بین سه گروه متفاوت بود.

جلسات حمایتی به صورت اعضاء محور برگزار می‌شدند. بنابراین، دستور جلسه مدونی برای هر جلسه وجود

خود یار معتادین در سطح کشور فعال می‌باشند^(۱۹). این مطالعه با هدف تعیین تأثیر گروه حمایتی همتایان بر سلامت روانی بیماران تحت همودیالیز صورت گرفت.

روش بررسی

این پژوهش کارآزمایی بالینی تصادفی شده با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش شامل تمامی بیماران مبتلا به ESRD تحت همودیالیز مراجعه کننده به مرکز همودیالیز بیمارستان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی سبزوار در سال ۱۳۹۲ بود. پس از کسب تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی سبزوار (medsab.Rec.92.9) فهرست اسامی جامعه پژوهش با توجه به لیست مشخصات بیماران دارای پرونده فعال در بخش همودیالیز تهیه گردید. سپس از بین ۱۱۰ بیمار واجد شرایط شرکت در مطالعه، ۶۴ بیمار ۱۸ سال به بالا و با سابقه حداقل ۶ ماه همودیالیز به روش تصادفی ساده با استفاده از جدول اعداد تصادفی انتخاب شدند. حجم نمونه با ضریب اطمینان ۹۵ و توان آزمون ۸۰٪، ۵۵ نفر محاسبه شد.

که با احتساب ۱۵٪ ریزش ۶۴ نفر در نظر گرفته شد. در پژوهش حاضر ۳ نفر از نمونه‌های پژوهش به علت پیوند کلیه و ۴ نفر به علت غیبت بیش از ۲ جلسه و ۲ نفر به علت عدم تمایل به ادامه از مطالعه حذف شدند. در پایان داده‌های ۲۸ نفر در گروه مداخله و ۲۷ نفر در گروه کنترل بررسی شدند. افراد با استفاده از بلوک‌های جایگشتی به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. بدین صورت که از بلوک‌های ۴ تایی استفاده شد و حرف A به منزله‌ی گروه کنترل و حرف B به منزله‌ی گروه مداخله بود. انواع حالت‌هایی از گروه‌های ۴ تایی روی برگه‌ها نوشته شده و داخل یک ظرف انداخته شد. به تصادف اولین بلوک برداشته شد و همین گونه تا اتمام نمونه گیری ادامه یافت. در آغاز هدف پژوهش و روش اجرای پژوهش برای بیماران بیان شد و موافقت آنها جهت شرکت در پژوهش با استفاده از رضایتنامه کتبی اخذ شد. بیماران گروه کنترل

بررسی و تأیید گردید. آلفای کرونباخ در ابعاد مختلف پرسشنامه ۰/۷۳ تا ۰/۹۳ گزارش شده است^(۲۳). به منظور تعیین اعتبار علمی پرسشنامه در جهت تأیید این موضوع که اهداف آن با اهداف آزمودنی ارتباط دارد یا خیر، از روش اعتبار محتوی استفاده شد و پرسشنامه در اختیار ۱۰ تن از اساتید صاحب نظر در زمینه مورد مطالعه قرار گرفت و طبق نظرات و پیشنهادات آنان اصلاحات لازم انجام شد. در پژوهش حاضر جهت تعیین پایایی برای ارزیابی ثبات مولفه‌های بخش مشکلات روانی پرسشنامه KDQOL-SFTM از روش آزمون مجدد استفاده شد. ابزار به ۱۰ بیمار به فاصله‌ی یک هفته داده شد. ضریب همبستگی آزمون با آزمون مجدد ۰/۹۱ بدست آمد که نشان دهنده‌ی پایایی ابزار می‌باشد. پرسشنامه در ابتدا و پایان دوره توسط خود بیماران تکمیل گردید. در بیماران بی‌سود، پرسشنامه توسط کمک پژوهشگر تکمیل شد.

برای مقایسه سلامت روان درون گروهی و بین گروه‌های مداخله و کنترل قبل و پس از اتمام ۸ جلسه مداخله به ترتیب از آزمون‌های تی زوجی و تی مستقل استفاده شد. همچنین برای مقایسه گروه‌ها از نظر متغیرهای جمعیت شناختی کیفی از آزمون مجذور کای و دقیق فیشر، برای متغیرهای جمعیت شناختی کمی با توزیع نرمال (سن) از آزمون تی مستقل و برای متغیرهای دارای توزیع غیرنرمال (سابقه دیالیز) از آزمون من ویتنی یو استفاده گردید. سطح معنی داری با ضریب اطمینان ۹۵ درصد $p < 0/05$ در نظر گرفته شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۸ استفاده شد.

یافته‌ها

۵۵ بیمار در دو گروه مداخله و کنترل در مطالعه شرکت کردند که اطلاعات دموگرافیک آنها در جدول شماره ۱ ارائه گردیده است. نتایج پژوهش نشان داد میانگین سنی بیماران در گروه مداخله $13/3 \pm 47/04$ سال و در گروه کنترل $13/2 \pm 48/63$ سال بود. اکثریت واحدهای پژوهش در دو گروه مداخله و کنترل متأهل (۸۵/۲ درصد)، با

نداشت. در گروه همتایان پرستار بعنوان یک تسهیل‌گر بود که سبب اثربخشی گروه می‌گردید. پرستار وظیفه‌ی تسهیل بحث گروهی، ارائه‌ی اطلاعات صحیح علمی، توجه به فرایند پویایی گروه (عدم تسلط یک فرد بر بحث، تشویق همه اعضا برای بحث و حل مشکل، تسهیل ارتباطات اعضا و ...)، ارائه بازخورد به اعضا و توجه به رعایت قانون در گروه را بر عهده دارد^(۱۱). جهت جلوگیری از نشت اطلاعات، گروه‌های کنترل و مداخله در شیفت‌های مجزا جهت دیالیز قرار داده شدند تا با یکدیگر ملاقات نداشته باشند. قبل و بلافاصله بعد از اتمام جلسات داده‌ها با استفاده از پرسشنامه جمع‌آوری شدند. پرسشنامه از دو بخش فرم اطلاعات جمعیت شناختی و بخش سلامت روان از پرسشنامه کوتاه شده کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بیماران دیالیزی (Kidney Disease Quality of Life - Short Form (KDQOL-SFTM تشکیل شده بود. این پرسشنامه ۴۳ گویه‌ای جهت ارزیابی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه و تحت همودیالیز توسط Hays و همکاران در آمریکا طراحی گردید^(۲۲). پرسشنامه KDQOL-SFTM شامل دو بعد عمومی و اختصاصی مرتبط با سلامت می‌باشد. بعد اختصاصی آن مشتمل بر نه حیطه می‌باشد که عبارتند از محدودیت‌های مرتبط با بیماری کلیه (شامل ۱۱ سوال)، مشکلات روانی مرتبط با سلامت (شامل ۶ سوال)، عملکرد جسمی مرتبط با سلامت (شامل ۱۲ سوال)، وضعیت عمومی مرتبط با سلامت (شامل ۳ سوال)، رضایت خانوادگی مرتبط با سلامت (شامل ۴ سوال)، وضعیت خواب (شامل ۱ سوال)، وضعیت شغلی مرتبط با سلامت (شامل ۲ سوال)، مسائل جنسی (شامل ۲ سوال) و رضایت از مراقبت و کارکنان بخش (شامل ۳ سوال). هر بعد امتیاز صفر تا ۱۰۰ را به خود اختصاص می‌دهد. نمره بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بهتر می‌باشد^(۲۲). این پرسشنامه که یک ابزار چند بعدی است توسط یکانی نژاد و همکاران به فارسی ترجمه شد و روایی و پایایی آن در جمعیت ایرانی

سال ۲/۳ ± ۱/۲۵ کنترل گروه کتترل ۱۰/۳-۰/۶) و در افراد گروه کتترل ۲/۳ ± ۱/۲۵ سال با دامنه (۰/۶-۸/۵) بود. نتایج آماری نشان داد که هر دو گروه از نظر متغیرهای جمعیت شناختی همگن بودند.

تحصیلات مقطع راهنمایی (۳۸/۱۸ درصد) و شاغل (۴۱/۱۸ درصد) بودند. وضعیت درآمد اکثریت واحدهای پژوهش ضعیف بود (۶۰ درصد). میانگین سابقه همودیالیز در افراد گروه مداخله ۲/۶ ± ۲/۰۸ سال با دامنه

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی و درصد واحدهای پژوهش بر حسب مشخصات جمعیت شناختی، ۱۳۹۲ (n=۵۵)

اطلاعات دموگرافیک	گروه پژوهشی	گروه مداخله (n=۲۸)		گروه کنترل (n=۲۷)		سطح معنی داری
		فراوانی (درصد)		فراوانی (درصد)		
سن برحسب سال، میانگین (انحراف معیار)		۴۷/۰۴ (۱۳/۲۹)	۴۸/۰۴ (۱۳/۲۰)			*۰/۶۵۷
جنسیت	زن	۷ (۲۵/۰۰)	۶ (۲۲/۲۲)			
	مرد	۲۱ (۷۵/۰۰)	۲۱ (۷۸/۸۸)			**۰/۸۰۸
وضعیت تأهل	متأهل	۲۳ (۸۲/۱۰)	۲۳ (۸۵/۱۸)			
	مجرد	۴ (۱۴/۲۸)	۲ (۷/۴۰)			***۰/۴۲۸
	بیوه	۰	۲ (۷/۴۰)			
	مطلقه	۱ (۳/۵۷)	۰			
سطح تحصیلات	بی سواد	۲ (۷/۱۴)	۳ (۱۱/۱۱)			
	ابتدایی	۱۰ (۳۵/۷۱)	۹ (۳۳/۳۰)			***۱
	راهنمایی	۱۱ (۳۹/۲۸)	۱۰ (۳۷/۰۰)			
	دیپلستان	۵ (۱۷/۸۵)	۴ (۱۴/۸۱)			
	دانشگاهی	۰	۱ (۳/۷۰)			
وضعیت اشتغال	کارگر	۷ (۲۵/۰۰)	۴ (۱۴/۸۱)			
	کارمند	۲ (۷/۱۴)	۲ (۷/۴۰)			
	خانه دار	۶ (۲۱/۴۲)	۷ (۲۵/۹۲)			
	آزاد	۴ (۱۴/۲۸)	۴ (۱۴/۸۱)			***۰/۹۵۰
	بیکار	۷ (۲۵/۰۰)	۸ (۲۹/۶۲)			
	بازنشسته	۱ (۳/۵۷)	۲ (۷/۴۰)			
	محصل	۱ (۳/۵۷)	۰			
کفایت درآمد	خوب	۱ (۳/۵۷)	۲ (۷/۴۰)			
	متوسط	۱۱ (۳۹/۲۸)	۸ (۲۹/۶۲)			***۰/۶۷۱
	ضعیف	۱۶ (۵۷/۱۴)	۱۷ (۶۲/۹۶)			
سابقه‌ی دیالیز برحسب سال، میانگین (انحراف معیار)		۲/۶ (۲/۰۸)	۲/۳ (۱/۲۵)			***۰/۹۸۱

*independent t-test

** Chi-square test

***Fisher exact test

****Mann Whitney U test

نداشت. اما در پایان ۸ جلسه از برگزاری گروه حمایتی همتایان دو گروه مداخله و کنترل از نظر سلامت روان

براساس نتایج جدول شماره ۲، قبل از مداخله بین دو گروه تفاوت معنی دار آماری از نظر سلامت روان وجود

نظر سلامت روان وجود داشت ($p=0/0001$). در گروه کنترل ۸ هفته بعد از ورود به مطالعه اختلاف معنی دار آماری در مقایسه با قبل از مداخله یافت نشد (جدول شماره ۲).

اختلاف معنادار آماری داشتند ($p=0/02$). نتایج آزمون تی زوج نشان داد که در گروه مداخله میانگین امتیاز سلامت روان قبل از مداخله $19/67 \pm 46/69$ بود که بعد از مداخله به $15/14 \pm 57/39$ ارتقاء یافت و در این گروه از نظر آماری اختلاف معناداری قبل و بعد از مداخله از

جدول شماره ۲: مقایسه‌ی درون گروهی و بین گروهی میانگین امتیاز سلامت روان بیماران تحت همودیالیز مورد مطالعه قبل و بعد از شرکت در گروه حمایتی هم‌تایان در گروه‌های مداخله و کنترل، $n=55$

نتیجه آزمون تی مستقل و سطح معنی داری	گروه کنترل ($n=27$)	گروه مداخله ($n=28$)	گروه‌های پژوهش
	بعد از مداخله	بعد از مداخله	زمان
	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین	
$p=0/774$ $t=0/288$	$45/09 \pm 21/54$	$46/69 \pm 19/67$	قبل از مداخله
$p=0/02$ $t=2/299$	$45/72 \pm 21/06$	$57/39 \pm 15/14$	بعد از مداخله
	$t=1/845$	$p=0/077$	نتیجه آزمون تی زوجی و سطح معنی داری
		$t=2/287$	$p=0/0001$

بحث و نتیجه گیری

داشتند که شرکت در جلسات گروه هم‌تایان تأثیر بسزایی در کاهش مشکلات سلامت روانی آنها داشته است^(۱۲). Uccelli و همکاران^(۲۴) و نیز Mohr و همکاران^(۲۳) نشان دادند که شرکت در گروه هم‌تایان سبب ارتقای سلامت روان بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شده است^(۲۱). اما در پژوهش Coward مشخص شد که بعد از ۸ هفته اجرای گروه حمایتی هم‌تایان، امتیاز مقیاس خود-تعالی، رفاه شناختی و عملکرد جسمی زنان مبتلا به سرطان پستان در هر دو گروه مورد و شاهد افزایش یافته با این حال این اختلاف معنی داری نبوده است^(۲۶) که می‌تواند با تعداد زیاد افراد در هر یک از گروه‌های حمایتی (۲۲ نفر) مرتبط باشد که از اثربخشی گروه حمایتی می‌کاهد.

گروه‌های حمایتی هم‌تایان باعث ایجاد فرصتی جهت اشتراک دانش تجربی می‌گردند و به اعضاء گروه کمک می‌کنند تا با هم رویکردهایی مؤثر جهت تطابق با تنش ناشی از بیماری پیدا کنند. به دلیل اینکه در این گروه‌ها،

نتایج این مطالعه نشان داد که گروه حمایتی هم‌تایان موجب ارتقای سلامت روان بیماران تحت همودیالیز می‌شود. براساس یافته‌ها، اختلاف معناداری بین سلامت روان گروه مداخله و کنترل در پایان مداخله وجود داشت و گروه مداخله سلامت روان بالاتری نسبت به گروه کنترل داشت. همچنین سلامت روان بیماران در گروه مداخله بعد از ۸ جلسه شرکت در گروه هم‌تایان ارتقا یافت. در مطالعه‌ی کمال صالحی و همکاران نیز استفاده از حمایت اجتماعی باعث بهبود وضعیت سلامت روان بیماران تحت همودیالیز گردید^(۱۷). همچنین در مطالعه‌ای گزارش شد که افزایش حمایت اجتماعی باعث افزایش بعد روانی کیفیت زندگی می‌شود^(۲۴). Kojima و همکاران در مطالعه‌ای که بر روی بیماران همودیالیزی انجام شده بود، نشان دادند که حمایت اجتماعی بر افسردگی تأثیر دارد^(۲۵). در مطالعه‌ای دیگر نیز، تمامی شرکت کنندگان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس اظهار

استفاده از گروه حمایتی هم‌تایان مداخلاتی جهت بهبود وضعیت روان بیماران تحت درمان با همودیالیز طراحی نمایند. نتایج این پژوهش می‌تواند در آموزش و مدیریت پرستاری کاربرد داشته باشد. یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند توسط مدرسین پرستاری در کلیه گرایش‌های پرستاری در آموزش بالینی دانشجویان پرستاری و طراحی فرایند پرستاری در بیماران تحت همودیالیز مورد استفاده قرار گیرد. استفاده از یافته‌های پژوهش در دوره‌های آموزش ضمن خدمت پرستاران می‌تواند سبب افزایش آگاهی علمی پرستاران در خصوص وضعیت سلامت روان بیماران تحت همودیالیز شود. تشکیل گروه حمایتی هم‌تایان برای خانواده‌های بیماران سبب می‌شود تا خانواده‌ها آگاهی بیشتری از بیماری و شرایط بیمار کسب کنند و در جهت بهبود کیفیت زندگی بیماران تحت همودیالیز گام بردارند.

پیشنهاد می‌گردد تأثیر گروه‌های حمایتی بر سایر ابعاد سلامت مبتلایان به همودیالیز و کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی آنها و همچنین بر چگونگی ارتباط بیماران تحت همودیالیز با خانواده بررسی شود.

تقدیر و تشکر

این پژوهش بخشی از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد پرستاری گرایش داخلی جراحی بوده است. از مسئولین دانشگاه علوم پزشکی سبزوار و پرسنل بیمارستان واسعی سبزوار و بیماران عزیز که در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند، صمیمانه قدردانی و تشکر می‌کنیم.

این مطالعه در IRCT با شماره IRCT2014082018882N1 به ثبت رسیده است.

تجارب ارزشمند فردی، به صورت مستقیم در اختیار دیگر اعضای گروه قرار می‌گیرد، سبب تکامل فردی اعضا می‌شود. بعلاوه، کسب این تجارب برای دیگر اعضای گروه سخت و یا گاهی استرس‌زا است که عضو گروه در صورت دریافت این تجارب، مشکلات و استرس کمتری را تحمل می‌کند چون در گروه راهکار آن را فرا گرفته است^(۱۱). گروه هم‌تایان به بیماران در اعتبار بخشیدن به تجربیات فردی، افزایش آگاهی از حیطه‌های درمانی و بهبودی در بیماری‌های مزمن کمک می‌کنند. گروه هم‌تایان محیطی ایجاد می‌کنند که احساسات درونی به اشتراک گذاشته شده و تجربیات و احساسات افراد درک شود^(۲۷). کاهش احساس انزوا، تنهایی و ترس بیماران در گروه هم‌تایان^(۲۸) سبب کاهش تأثیر بیماری بر سلامت روانی بیمار می‌شود^(۲۹).

مداخله پرستاری با تشکیل گروه حمایتی هم‌تایان بدون صرف هزینه‌ی زیاد و خدمات پیشرفته بالینی بر روی منابع داخلی فرد تأثیر گذاشته و به دنبال آن منجر به ارتقای سلامت روان می‌شود. گروه‌های حمایتی هم‌تایان مفاهیم جدیدی را برای بیمار تحت همودیالیز ایجاد می‌کند و بیمار روش‌ها و راهکارهای تطابق با بیماری را از افراد گروه فرا گرفته و با افزایش دانش و آگاهی بیمار در مورد بیماری و روش‌های کنترل علائم و جلوگیری از عوارض و روش‌های درمان و آمیختن آنها با تجربیات خود، بهتر می‌تواند با نگرانی از سیر بیماری کنار آید. افزایش دانش بیمار منجر به تغییر رفتار در او شده و این‌گونه وضعیت سلامت وی ارتقاء می‌یابد^(۳۰).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که تشکیل گروه هم‌تایان می‌تواند در بهبود وضعیت روان بیماران تحت درمان با همودیالیز تأثیر داشته باشد. بنابراین، پرستاران می‌توانند با

فهرست منابع

1. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Brunner and suddarth, s textbook of medical-surgical nursing. Philadelphia: JB Lippincott co; 2012.
2. Zolfaghari M, Sookhak F, Asadi Noughabi A, Haghani H. [Effect of cognitive-behavioral intervention on adherence to dietary and fluid-intake restrictions in hemodialysis patients]. *J Nurs Educ.* 2013;2(3):9-17. Persian

3. Jafarzadeh M, Malek khahi A, Jadid Milani M, Rakhshani M. [The effect of peer support groups on physical health status in patients treated with hemodialysis]. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2015;21(6):993-10. Persian.
4. Tayyebi A, Salimi S, Mahmoudi H, Tadrissi S. [Comparison of quality of life in haemodialysis and renal transplantation patients]. *Journal of Critical Care Nursing*. 2010;3(1):7-8. Persian.
5. Nazemian F, Ghafari F, Pourghazneyn T. [Evaluation of depression and anxiety in hemodialysis patients]. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Science*. 2008;51(3):171-6. Persian
6. Rafii F, Rambod M, Hosseini AF. [Quality of life in end stage renal disease and its related factors]. *IJN*. 2010;23(63):35-42. Persian
7. Afkand S, Soltani R. [The impact of multi-dimensional model of psychiatric rehabilitation care on hemodialysis patient's depression]. *Journal of Health Promotion Management*. 2012;1(3):7-16. Persian
8. Sharifnia SH, Hojjati H, Nazari R, Qorbani M, Akhoondzade G. [The effect of prayer on mental health of hemodialysis patients]. *Journal of Critical Care Nursing*. 2012;5(1):29-34. Persian
9. Ahmadvand A, Sepehrmanesh Z, Akasheh G, Saei R. [Evaluation of sexual dysfunction disorders in hemodialysis patients in Akhavan Hospital in Kashan, 2013, Iran]. *Qom Univ Med Sci J*. 2014;8(2):20-7 Persian.
10. Elali ES, Mahdavi A, Jannati Y, Yazdani J, Setareh J. [Effect of Benson relaxation response on stress among in hemodialysis patients]. *J Mazand Univ Med Sci*. 2012;22(91):61-8. Persian
11. Jadid-Milani m. Testing Reed's Self-Transcendence Theory: Promotion of Physical Health Status in Multiple Sclerosis (MS) Peer Support Groups [PhD thesis in nursing]. Tehran: Shahid Beheshti University; 2012.
12. Ashktorab T. [Effect of Peer Support Groups on promotion of Physical Health Status in Multiple Sclerosis: Testing Reed's Self-Transcendence Theory]. *Journal of Health Promotion Management*. 2012;1(1):34-45. Persian
13. Nguyen TA, Oosterhoff P, Ngoc YP, Wright P, Hardon A. Self-help groups can improve utilization of postnatal care by HIV-infected mothers. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2009;20(2):141-52.
14. Lassiter PG. Group approaches to practice. In: Stanhope M and Lancaster J. 6thed. Philadelphia: Mosby: Community Health Nursing; 2005.
15. Alligood MR. Nursing theorists and their work: Elsevier Health Sciences; 2014.
16. Sharif F, Abshorshori N, Hazrati M, Tahmasebi S, Zare N. [Effect of peer-lead education on quality of life of mastectomy patients]. *Payesh*. 2012;11(5):703-10. Persian.
17. Salehi K, Mahmodifar Y. [Relationship between social support and depression, anxiety in Hemodialysis patients]. *IJNR*. 2014;9(1):33-9. Persian
18. Matthews EE, Cook PF. Relationships among optimism, well-being, self-transcendence, coping, and social support in women during treatment for breast cancer. *Psycho-Oncology*. 2009;18(7):716-26.
19. Jadid-Milani M, Ashktorab T, Abed-Saeedi Z, Alavi-Majd H. [Promotion of Self-transcendence in a multiple sclerosis peer support groups]. *ZJRMS*. 2014;16(5):73-8. Persian
20. 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* (Houndmills, Basingstoke, England). 2005;11(2):222-6.
21. Uccelli MM, Mohr LM, Battaglia M, Zagami P, Mohr D. Peer support groups in multiple sclerosis: current effectiveness and future directions. *Mult Scler*. 2004;10(1):80-4.
22. Yekaninejad M, Mohammadi Zi, Akaberi A, Golshan A, Pakpour A. [Validity And Reliability Of The Kidney Disease Quality Of Life-Short Form (Kdqol-Sftm 1.3) In Iranian Patients]. 2012;4(2). Persian
23. Hays RD, Kallich JD, Mapes DL, Coons SJ, Carter WB. Development of the Kidney Disease Quality of Life (KDQOLTM) Instrument. *Qual Life Res*. 1994;3(5):329-38.
24. Zamanzadeh V, Heidarzadeh M, Oshvandi K, Lakdizaji S. [Relationship between quality of life and social support in hemodialysis patients in Imam Khomeini and Sina educational hospitals of Tabriz University of medical sciences]. *Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences*. 2007;29(1). Persian

25. Kojima M, Hayano J, Tokudome S, Suzuki S, Ibuki K, Tomizawa H, et al. Independent associations of alexithymia and social support with depression in hemodialysis patients. *J Psychosom Res.* 2007;63(4):349-56.
26. Coward DD, editor Facilitation of self-transcendence in a breast cancer support group: II. *Oncol Nurs Forum*; 2002;30(2):291-300
27. Schimmel SR. *Cancer Talk: Voices of Hope and Endurance from The Group Room, the World's Largest Cancer Support Group*: Broadway Books; 2010.
28. Jefferies H. Ovarian cancer patients: Are their informational and emotional needs being met? *Journal of Clinical Nursing.* 2002;11(1):41-8.
29. Hoshi M. Self-transcendence, vulnerability, and well-being in hospitalized Japanese elders: ProQuest;USA: The University of Arizona, college of Nursing. Dissertation 2008.
30. Malek khahi A. [The effect self-transcendence on physical health status in patients treated with hemodialysis attending peer support groups in vasei hospital 2014: Sabzevr University of Medical Sciences, School of Nursing and Midwifery; 2014]. Persian

The Effects of Peer Support Groups on Mental Health of Hemodialysis Patients

¹Malek khahi A., MS.

²Jadid Milani M., PhD

^{3*}Amiri P., MD.

Abstract

Background & Aims: Patients treated through hemodialysis experience a great deal of psychological trauma that could lead to a reduction in their quality of life. Peer support groups could offer assistance to patients with similar experiences and thus enhance their quality of life. The aim of the present study is to determine the effects of peer support groups on mental health of patients treated with hemodialysis.

Material & Methods: A clinical trial research conducted in to hemodialysis patients in Vasei Hospital in Sabzevar in 2013. A total of 64 Patients were divided randomly into two groups of intervention and control using block permutation. Participants in the control group received routine care of hemodialysis ward. The intervention group participated in 8 weekly peer support sessions each lasting 2 hours. Topics discussed at meetings were based on the needs and interest of patients. Research tools were the demographic and mental function part of the Kidney Disease Quality of Life- Short Form questionnaire. For data analysis, SPSS v.18 software and descriptive and analytic methods (paired t-test and independent t-test) were used.

Results: Results show a significant difference between the mental health condition scores of the intervention and control groups (p value <0.05). A significant change observed regarding the mental health condition scores in the intervention group after participating in peer support groups, which indicated an increase in the mental health condition of patients in the intervention group.

Conclusions: The results indicate that participating in the peer support groups will improve the mental health of hemodialysis patients. Therefore, the results of the present study could be useful in nursing education and nursing management and designing the nursing process for taking better care of hemodialysis patients.

Key words: Hemodialysis, Chronic kidney failure, Mental health, Peer group

Received: 13 Jul 2015

Accepted: 12 Oct 2015

¹ Master of Science in Heshmatieh Hospital. Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran.

² Assistant Professor. Faculty of Nursing and Midwifery, Shahed University, Tehran, Iran.

³ Community Medicine Specialist, Iranian Research on Healthy Aging (IRCHA) Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran. (*Corresponding author).

Tel: 05144221991-09151702919

Email: Amiri.Parasto@gmail.com