

تأثیر گروه حمایتی همتایان بر ارتقای سطح سلامت جسمی بیماران مبتلا به نارسایی کلیه تحت درمان با همودیالیز

مهدی جعفرزاده^۱، اکرم ملک خواهی^۲، مریم جدید میلانی^۳، محمدحسن رخشانی^۴

۱ کارشناس ارشد پرستاری، مربی، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران

۲ دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران

۳ دکتری پرستاری، استادیار، عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه شاهد، تهران، ایران

۴ دکتری آمار حیاتی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران

نشانی نویسنده مسؤول: سبزوار، جنب پلیس راه، حوزه معاونت آموزشی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، اکرم ملک خواهی

E-mail: malek049@yahoo.com

وصول: ۹۳/۳/۱۰، اصلاح: ۹۳/۵/۲۵، پذیرش: ۹۳/۶/۷

چکیده

مقدمه: بیماران تحت درمان با همودیالیز دچار عوارض جسمانی فراوان و در نتیجه کاهش کیفیت زندگی می‌باشند. گروه‌های حمایتی همتایان از جمله حمایت‌های اجتماعی است تا افرادی که تجربه‌های مشابهی دارند راهبردهایی را به یکدیگر ارائه دهند که منجر به بهبود کیفیت زندگی آنان گردد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر به صورت کارآزمایی بالینی تصادفی شده با دو گروه مداخله و کنترل بر روی ۵۵ بیمار تحت همودیالیز در بیمارستان واسعی سبزوار سال ۱۳۹۲ انجام گرفت. روش نمونه‌گیری به صورت تصادفی ساده بود. به مدت ۸ هفته جلسات ۲ ساعته جهت گروه مداخله برگزار شد. موضوع جلسات بر اساس مشکلات جسمی به دست آمده از نیاز و علاقه بیماران بود. ابزار پژوهش پرسشنامه، اطلاعات دموگرافیک و بخش عملکرد جسمی پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران دیالیزی (KDQOL-SFTM) بود. جهت آنالیز داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ استفاده شد. سطح معنی داری با ضریب اطمینان ۹۵ درصد ($p < 0/05$) بود.

یافته‌ها: شرکت در گروه همتایان باعث ارتقای سطح عملکرد جسمی بین دو گروه مداخله و کنترل در بیماران تحت همودیالیز شده است ($p < 0/0001$) و اختلاف معناداری در گروه مداخله بین امتیازهای وضعیت سلامت جسمی قبل و بعد از شرکت در گروه همتایان وجود داشت ($p < 0/0001$).

بحث و نتیجه‌گیری: براساس نتایج پژوهش می‌توان با تشکیل گروه همتایان در بیماران تحت همودیالیز، وضعیت سلامت جسمی آنها را نیز ارتقا دهیم که در نهایت ارتقا کیفیت زندگی بیماران را به دنبال دارد.

کلید واژه‌ها: همودیالیز، سلامت جسمی، گروه حمایتی همتایان.

مقدمه

نارسایی مزمن کلیه (ESRD)، یکی از مشکلات بزرگ سازمان‌های بهداشت و درمان و از علل مهم مرگ و ناتوانی در سراسر جهان می‌باشد (۲).

نارسایی مزمن (CRF) تخریب پیشرونده و برگشت ناپذیر عملکرد کلیوی است (۱). مرحله انتهایی

بیماری، درمان طولانی مدت و پویا و متغیر بودن مشکلات بالقوه و بالفعل این بیماران (۱۲)، نیاز آنها را به توانمندی از طریق کسب آگاهی در جهت سازگاری با بیماری و عوارض مربوط آشکار می‌سازد.

استفاده از حمایت‌های اجتماعی رویکردی است که به مشارکت فعال بیمار در مراقبت از خود می‌انجامد (۱۳). گروه‌های حمایتی همتایان از جمله حمایت‌های اجتماعی است تا افرادی که تجربه‌های مشابهی دارند راهبردهایی را به یکدیگر ارائه دهند که حتی اعضای گروه‌های بهداشتی هم ممکن است در مورد آن آگاهی نداشته باشند (۱۴). فرد بیمار، گروه حمایتی را به عنوان روش مؤثر در ارتباط با موقعیت‌های دشوار زندگی اش تلقی می‌کند (۱۵). کسب اطلاعات در رابطه با بیماری، استفاده از مذاکره مثبت، مبادرت به فعالیت‌های پر معنی و چالش برانگیز روش‌هایی است که به شخص کمک می‌کند تا تجربیات بیماری را مدیریت نماید و در جهت بهبودی گام بردارد (۱۵).

با توجه به وجود نداشتن گروه‌های سازمان یافته در ایران (۱۶)، تفاوت‌های فردی بیماران و تأثیرپذیری آنها از افرادی که خود این شرایط را تجربه کرده‌اند، پژوهشگران بر آن شدند تا با انجام این پژوهش و تشکیل گروه همتا، مسائل و مشکلات و راهکارها را مورد تبادل نظریه‌بیماران قرار داده و تأثیر تشکیل گروه حمایتی همتایان بر عملکرد جسمی که یکی از ابعاد سلامت است در بیماران تحت همودیالیز را بررسی نمایند.

مواد و روش‌ها

طرح این پژوهش، تجربی (کارآزمایی بالینی تصادفی شده) می‌باشد. جامعه پژوهش شامل تمامی بیماران مبتلا به بیماری کلیوی مرحله نهایی بوده که جهت همودیالیز به مرکز همودیالیز بیمارستان واسعی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار در سال ۱۳۹۲ مراجعه می‌نمودند.

شیوع نارسایی مزمن کلیه در سراسر جهان در حال افزایش می‌باشد. سالیانه بیش از ۶۰ هزار نفر در سراسر جهان به علت ابتلا به بیماری کلیه جان خود را از دست می‌دهند (۳). در پایان سال ۲۰۰۹ تعداد بیماران ESRD تحت درمان در سراسر جهان ۲۴۵۶۰۰۰ نفر بود. از این تعداد بیماران حدود ۱۸۹۵۰۰۰ تحت درمان دیالیز بودند و ۵۶۱۰۰۰ نفر دیگر با کلیه پیوندی زندگی می‌کردند. تخمین زده می‌شود که در سال ۲۰۲۰ میلادی، تعداد بیماران دیالیزی به ۳۵۰۰۰۰۰ نفر برسد (۴). متوسط رشد جهانی این بیماری در ۵ سال گذشته هشت درصد بوده است (۵). در ایران میزان رشد این بیماری از متوسط رشد جهانی بیشتر می‌باشد و حدود ۱۲ درصد در سال است (۶).

متداول‌ترین روش درمان این بیماران همودیالیز می‌باشد (۷). طبق گزارش آماری انجمن نفرولوژی ایران در سال ۱۳۸۷ تعداد ۱۶۶۰۰ بیمار همودیالیزی در ۳۵۵ واحد همودیالیز کشور تحت همودیالیز قرار داشتند (۴). دیالیز اغلب زمانی استفاده می‌شود که بیمار نتواند یک زندگی منطقی را با درمان محافظتی ادامه دهد. بیماران فاقد عملکرد کلیوی، به وسیله دیالیز سال‌ها می‌توانند به حیات خود ادامه دهند (۸). با شروع درمان با همودیالیز حال عمومی بیماران بهبود یافته و منجر به رفاه، آسایش و در نهایت افزایش طول عمر آنها می‌گردد؛ اما، درمان با همودیالیز تمام مشکلات بیماران را حل نمی‌کند؛ بلکه، حتی می‌تواند عوارض جسمی و روانی هم به دنبال داشته باشد. از جمله عوارض جسمی می‌توان به گیجی، ضعف، بی حالی، لرزش، گرفتگی عضلانی، سرفه، نبض نامنظم اشاره نمود (۹). با توجه به قرابت سلامت جسمی و روانی، در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه نیز اختلالات روانی ناشی از مشکلات جسمی نیز شایع می‌باشد (۱۰). شواهد نشان می‌دهد کیفیت زندگی بیماران تحت درمان با دیالیز، پایین تر از افراد جمعیت عادی جامعه می‌باشد (۱۱). ماهیت مزمن و ناتوان کننده این

رویکردهای تطابق با تغییرات جسمی و مشکلات آن، تطابق با وضعیت حال و ساختن مفهوم جدید زندگی، استفاده از تجربه ها و نظرات دیگران مورد تأکید بود.

ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه های اطلاعات دموگرافیک و کیفیت زندگی بیماران دیالیزی بخش عملکرد جسمی وابسته به سلامت (KDQOL-SFTM) بود. پرسشنامه کیفیت زندگی یک ابزار اختصاصی جهت بررسی کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی است و شامل دو بعد عمومی و اختصاصی در ارتباط با کیفیت زندگی می باشد. بعد عمومی کیفیت زندگی خود شامل دو بعد شرایط جسمی و شرایط عاطفی و هفت حیطه است. بعد شرایط جسمی شامل چهار حیطه سلامت عمومی (۶ سوال) عملکرد جسمی (شامل ۱۲ سوال)، ایفای نقش جسمی (شامل ۴ سؤال) و درد جسمی (شامل ۳ سوال) می باشد که بعد شرایط جسمی نمره صفر تا ۱۰۰ را به خود اختصاص می دهد. نمره بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بهتر می باشد (۱۸). روایی و پایایی این پرسشنامه در جمعیت ایرانی توسط یکانی نژاد و همکاران بررسی شده است. به طوری که آلفای کرونباخ در ابعاد مختلف پرسشنامه ۰/۷۳ تا ۰/۹۳ گزارش شده است (۱۹).

جهت تعیین روایی ابزار از روایی محتوی استفاده گردید. پرسشنامه در اختیار ۱۰ تن از استادان صاحب نظر در موضوع مورد مطالعه قرار گرفت و با توجه به نظرات آنها اصلاحات لازم انجام گرفت. جهت تعیین پایایی بخش عملکرد جسمی ابزار کیفیت زندگی بیماران دیالیزی از روش آزمون مجدد استفاده شد. ابزار به ۱۰ بیمار به فاصله یک هفته داده شد. ضریب همبستگی در بخش عملکرد جسمی ابزار کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی ۰/۹۱ بود. این امر نشان دهنده پایایی ابزار می باشد. ابزارهای پژوهش در ابتدای دوره و در پایان دوره توسط خود بیماران تکمیل گردید. بیماران بی سواد با منشی پرسشنامه را تکمیل کردند.

طی دوره ۳ نفر از نمونه های پژوهش به علت

پس از بررسی و مطالعه اولیه مشخصات نمونه حاضر در محیط پژوهش، لیست اسامی جامعه پژوهش تهیه گردید. سپس از بین ۱۱۰ بیمار واجد شرایط نمونه پژوهش (حدأقل شش ماه تحت درمان با همودیالیز باشد و سن بالای ۱۸ سال)، ۶۴ بیمار با توجه به تعیین حجم نمونه با ضریب اطمینان ۹۵ به شکل تصادفی ساده انتخاب شدند. افراد با استفاده از بلوک های جایگشتی به دو گروه مداخله و کنترل، هر گروه ۳۲ نفر تقسیم شدند.

در آغاز هدف پژوهش و روش اجرای پژوهش برای بیماران بیان شد و موافقت آنها جهت شرکت در پژوهش به صورت کتبی با استفاده از رضایتنامه اخذ شد. گروه کنترل مراقبت روتین بخش دیالیز را دریافت می کردند و در گروه مداخله جهت اجرای مداخله گروه حمایتی همتایان تشکیل شد. مناسب ترین اندازه گروه ها برای تغییرات بهداشتی، ۸ تا ۱۲ نفر می باشد (۱۶ و ۲۲). بنابراین، با توجه به حجم نمونه جلسات در سه گروه برگزار شد. روش تشکیل و مدیریت گروه حمایتی در هر سه گروه یکسان بود. تعداد ۱۰ تا ۱۲ نفر برای هر گروه انتخاب شدند؛ تا در صورت ریزش حدأقل ۸ نفر برای هر گروه باقی بمانند. بدین صورت که در گروه ۱ تعداد ۱۰ نفر و گروه ۲ تعداد ۱۰ نفر و گروه ۳ تعداد ۱۲ نفر قرار گرفتند. نحوه قرار گیری در گروه ها با توجه به برنامه همودیالیز بیماران بود. جهت جلوگیری از تورش و خطا، گروه های کنترل و مداخله در شیفت های مجزا جهت دیالیز قرار داده شدند تا با یکدیگر ملاقات نداشته باشند. تعداد جلسات، ۸ جلسه طی ۸ هفته جهت هر یک از گروه ها و هر هفته یک جلسه به مدت ۲ ساعت بود (۱۷). موضوع جلسات هر سه گروه حمایتی همتایان بر اساس مشکلات سلامت جسمی به دست آمده از نیاز و علاقه بیماران که در جلسه اول از هر گروه پرسیده شد، کسب گردید. در همان جلسه اول براساس الویت در هر گروه به تفکیک برای هفت جلسه بعدی برنامه ریزی شد. در هر جلسه وقتی از یک اختلال جسمی بحث می شد

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 آنالیز شد.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۸ و از آزمون‌های آمار توصیفی و استنباطی استفاده گردید. برای مقایسه سلامت جسمی قبل و بعد از مداخله در هر یک از گروه‌ها از آزمون تی زوجی و برای مقایسه عملکرد جسمی بین دو گروه مداخله و کنترل در پایان مطالعه از آزمون تی مستقل استفاده شد. سطح معنی داری با ضریب اطمینان ۹۵ درصد، ($p < 0/05$) بود.

یافته‌ها

اطلاعات دموگرافیک بر اساس یافته‌های پژوهش بر روی ۵۵ بیمار در دو گروه (۲۸ نفر گروه مداخله و ۲۷ نفر گروه کنترل) در جدول شماره (۱) ارائه گردیده است.

میانگین امتیازهای وضعیت عملکرد جسمی بیماران مبتلا تحت درمان با همودیالیز در جدول (۲) آریه شده و نشان می‌دهد در گروه مداخله میانگین امتیاز عملکرد جسمی بعد از مداخله ارتقا یافت و از نظر آماری اختلاف معناداری قبل و بعد از مداخله وجود داشت ($p < 0/0001$). در گروه کنترل امتیاز عملکرد جسمی بعد از مطالعه نیز تغییر یافت؛ اما، از نظر آماری اختلاف معناداری نشان نداد.

بحث

مقایسه میانگین نمره عملکرد جسمی در قبل و بعد شرکت در گروه حمایتی همتایان در گروه مداخله نشان داد که شرکت در گروه همتایان باعث افزایش معنی دار در نمره عملکرد جسمی بیماران تحت درمان با همودیالیز شده است. این یافته با پژوهش جدید میلانی و همکاران در شهر تهران (۱۳۹۰) و Uccelli و همکاران (۲۰۰۴) در

جدول ۱: فراوانی نسبی واحدهای پژوهش بر حسب مشخصات دموگرافیک

مقدار p	گروه کنترل	گروه مداخله	اطلاعات دموگرافیک / گروه پژوهشی	
۰/۶۵	۴۸/۰۴ ± (۱۳/۲۰) سال	۴۷/۰۴ ± (۱۳/۲۹) سال	سن (انحراف معیار) میانگین/سال	
	۲۲/۲	۲۵	جنسیت	زن
۰/۸۰	۷۸/۸	۷۵	(درصد)	مرد
	۸۵/۲	۸۲/۱	وضعیت تأهل	متاهل
	۷/۴	۱۴/۳	(درصد)	مجرد
۰/۴۲	۷/۴	۰	وضعیت تأهل	بیوه
	۰	۳/۶	(درصد)	مطلقه
	۱۱/۱	۷/۱	سطح تحصیلات	بی سواد
	۳۳/۳	۳۵/۷	(درصد)	ابتدایی
۱	۳۷	۳۹/۳	سطح تحصیلات	راهنمایی
	۱۴/۸	۱۷/۹	(درصد)	دبیرستان
	۳/۷	۰	وضعیت اشتغال	دانشگاهی
	۱۴/۸	۲۵	(درصد)	کارگر
	۷/۴	۷/۱	وضعیت اشتغال	کارمند
	۲۵/۹	۲۱/۴	(درصد)	خانه دار
	۱۴/۸	۱۴/۳	وضعیت اشتغال	آزاد
۰/۹۵	۲۹/۶	۲۵	(درصد)	بیکار
	۷/۴	۳/۶	وضعیت اشتغال	بازنشسته
	۰	۳/۶	(درصد)	محصل
	۷/۴	۳/۶	کفایت درآمد	خوب
۰/۶۷	۲۹/۶	۳۹/۳	(درصد)	متوسط
	۶۳	۵۷/۱	کفایت درآمد	ضعیف
۰/۹۸	۲/۳ ± (۱/۲۵) سال	۲/۶ ± (۲/۰۸) سال	سابقه دیالیز (سال)	

جدول ۲: میانگین امتیازهای وضعیت عملکرد جسمی واحدهای پژوهش

نتیجه آزمون بین دو گروه مداخله و کنترل	گروه کنترل		گروه مداخله		گروههای پژوهش - زمان
	بعد از مداخله انحراف معیار ± میانگین	قبل از مداخله انحراف معیار ± میانگین	بعد از مداخله انحراف معیار ± میانگین	قبل از مداخله انحراف معیار ± میانگین	متغیرهای پژوهش
t=۳/۲ df=۵۳ p=۰/۰۰۲	۵۶/۳۵ ± ۱۴/۵۱	۵۷/۴۳ ± ۱۶/۴۰	۶۸/۶۴ ± ۱۳/۴۱	۵۹/۹۳ ± ۱۵/۷۷	وضعیت عملکرد جسمی
	t=۰/۴۴ df=۲۷ p=۰/۶۶		t=۷/۷۱ df=۲۷ p<۰/۰۰۰۱		نتیجه آزمون درون گروه

حمایتی جهت این بیماران می‌باشد. در گروه‌های حمایتی بیماران هنگام برقراری ارتباط با یکدیگر و بحث و گفت و گو با کسانی که مشکلات مشابه با آنها دارند و تجربیات گوناگون موفق و ناموفق داشته‌اند احساس راحتی و تعلق به گروه می‌کنند. تجربیات مثبت اعضا و اشتراک این تجربیات با یکدیگر، بررسی چگونگی این تجربیات، تأثیر و نحوه انجام آن فرصتی را جهت بیماران فراهم می‌کند که شاید هیچ آموزشی جایگزین آن نباشد. در گروه فرد با داشتن رابطه عمیق با دیگر اعضای گروه می‌تواند تجربه گوش داده شدن، درک شدن و مشارکت را کسب کند. همچنین، کسب آگاهی، تبادل نظر و همدلی را نیز در گروه تجربه می‌کند (۲۴). تبادل اطلاعات و تقویت مهارت‌های تطابق در اعضای گروه صورت می‌گیرد (۲۵).

بدین ترتیب بیماران مهارت‌هایی را در جهت مقابله با مشکلات و افزایش توانمندی، از گروه کسب می‌کنند. افزایش دریافت حمایت اجتماعی و منافع روانی مرتبط با آن، افزایش آگاهی در مورد شرایط مشابه و چگونگی کنترل آن، افزایش تطابق و کنترل شرایط، ایجاد انگیزه و حمایت برای تغییر رفتار و حفظ آن و پی آمدهای تغییر رفتاری و نگرشی از مزایای گروه حمایتی همتایان می‌باشد (۲۶).

همان‌گونه که در این پژوهش مشاهده شد مداخله پرستاری به وسیله تشکیل گروه همتایان بدون صرف هزینه زیاد و خدمات پیشرفته بالینی منجر به ارتقای سلامت جسمی می‌شود. گروه حمایتی همتایان شرایط

ایتالیا که بر روی بیماران مبتلا به ام‌اس با استفاده از گروه حمایتی همتایان انجام شده بودند و منجر به ارتقای عملکرد جسمی شده بودند، مشابه است (۱۷ و ۲۳). در پژوهش شریف و همکاران (۱۳۹۱) که به بررسی تأثیر آموزش همتایان بر کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان پس از جراحی پرداخته بود، نشان داده شد که شرکت در گروه همتایان منجر به بهبود کیفیت زندگی و ارتقای سلامت عمومی بیماران شده بود (۱۶). در پژوهش نارویی و همکاران (۲۰۱۲) نیز بعد از به کارگیری الگوی خود مراقبتی اورم افزایش نمره کیفیت زندگی و به دنبال آن افزایش نمره عملکرد جسمانی بیماران تحت همودیالیز اتفاق افتاد (۲۰). در پژوهش رحیمی و همکاران که به بررسی تأثیر به کارگیری مدل مراقبت پیگیر بر کیفیت زندگی بیماران تحت همودیالیز با مقیاس KDQOL-SFTM در تهران پرداختند بعد از به کارگیری مدل مراقبت پیگیر میانگین عملکرد جسمانی افزایش یافت (۱۲). اما، با پژوهش Coward (۲۰۰۳) که بر روی زنان مبتلا به سرطان پستان در امریکا انجام شد، اختلاف دارد. در این پژوهش اختلاف معنی داری در نمره عملکرد جسمی دو گروه مورد و شاهد بعد انجام مداخله و شرکت در گروه همتایان وجود نداشت. علت این موضوع می‌تواند تعداد افراد زیاد گروه حمایتی در پژوهش کوارد باشد که از اثربخشی گروه حمایتی می‌کاهد (۲۲). افزایش نمره عملکرد جسمانی بعد از شرکت در گروه همتایان نشان دهنده لزوم برقراری گروه‌های

متغیرهای زمینه‌ای در پیش بینی تفاوت وضعیت سلامت جسمی بیماران مبتلا به ام. اس. شرکت کننده در گروه های همتایان نقشی نداشت؛ اما، شرکت در گروه حمایتی همتایان باعث ارتقای سلامت جسمی بیماران شد (۲۷).

نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد تشکیل گروه همتایان می‌تواند در بهبود وضعیت جسمی بیماران تحت درمان با همودیالیز و در نتیجه در بهبود کیفیت زندگی آنان تأثیر داشته باشد. بنابراین، پرستاران می‌توانند با استفاده از گروه حمایتی همتایان مداخلاتی جهت بهبود وضعیت بیماران تحت درمان با همودیالیز طراحی نمایند. نتایج این پژوهش می‌تواند در آموزش و مدیریت پرستاری کاربرد داشته باشد.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد در دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار می‌باشد. 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.

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، بیمار بهتر می‌تواند با نگرانی از سیر بیماری کنار آید و افزایش دانش منجر به تغییر رفتار در بیمار می‌شود و این گونه وضعیت سلامت ارتقا می‌یابد.

تغییر میانگین نمره عملکرد جسمی در گروه کنترل که خدمات و آموزش‌های روتین بخش دیالیز را دریافت می‌نموده‌اند؛ نیز اتفاق افتاده است. این امر در آنها به صورت کاهش در نمره عملکرد جسمانی می‌باشد. این تغییر معنی دار نمی‌باشد که با توجه به ماهیت مزمن بیماری قابل توجه می‌باشد. بدیهی است با کاهش سطح عملکرد جسمی، عملکرد اجتماعی بیمار نیز کاهش یافته و به دنبال آن ایزوله شدن اجتماعی که تهدیدی بر بهداشت روان است، حادث می‌شود (۲۷). وانر و همکاران (۲۰۰۸) در امریکا نیز بیان کردند که اختلال در سلامت جسمی سبب افسردگی و کاهش خود-کارآمدی و در نتیجه کاهش کیفیت زندگی می‌شود (۲۸). همچنین بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر متغیرهای زمینه‌ای در پیش بینی تفاوت وضعیت عملکرد جسمی بیماران تحت همودیالیز قبل و بعد از مداخله نقشی نداشت ($p > 0.05$). در پژوهش جدید میلانی و همکاران (۱۳۹۰) نیز

References

1. Abasi M, Norozzadeh R. Nursing care, dialysis and kidney transplant. Tehran: Heydari Publications. 2010. [Persian]
2. Shafipour V, Jafari H, Shafipour L. The Relationship between stress intensity and life quality in hemodialysis patients hospitalized in sari Iran. J Sabzevar Uni Med Sci. 2008; 16 (3):155-60. [Persian]
3. Zamanzade V, heydarzade M, Ashvandi KH, Lak DS. Relationship between quality of life and social support in hemodialysis patient. Med J Tabriz Univ Sci 2007, 7(29):49-54. [Persian]
4. Asgari MR. Designing an adjustment model in hemodialysis patients. PhD thesis in nursing. Tehran: Tarbiat Modares University; 2012. [Persian]
5. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Brunner and suddarth's text book of medical-surgical nursing. 9th ed. Philadelphia: JB Lippincott Co: 2008.
6. Aghighi M, Rouchi HA, Zamyadi M, Mahdavi-Mazdeh M, Norouzi SH, Rajolani H, Ahrabi S. Dialysis in Iran. Iranian Journal of Kidney Diseases. 2008; 2(1): 11-15. [Persian]
7. Aliloo LL, Shakibi A, Shargh A. The efficacy of home care education on knowledge and performance of

- hem dialysis renal patients discharged from hospitals. *Urmia Medical Journal*. 2011; 22 (5) :410-5. [Persian]
8. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Brunner and suddarth' s textbook of medical-surgical nursing. 12th ed, Philadelphia: JB Lippincott co, 2010.
 9. Phipps W, Sands J, Marker J. *Medical-surgical Nursing concept & clinical practice*(6th ed). St. louis: mosbay. 1999.
 10. Daugirdas JT, Blake PG, Ing TS. *Handbook of dialysis*. 4th ed, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins Co, 2007.
 11. Lindqvist R, Sjodeh PO. Coping strategies and quality of life among patients on continuous ambulatory peritoneal dialysis(CAPD). *J Adv Nurs*. 1998; 27(2): 312-9.
 12. Rahimi A, Ahmadi F, Gholyaf M. Effects of Applying Continuous Care Model on Quality of Life in Hemodialysis Patients. *RJMS*. 2006; 13 (52) :123-34. [Persian]
 13. Percy CA, Gibbs T, Potter L, Boardman S. Nurse-led peer support group: experiences of women with polycystic ovary syndrome. *Journal of Advanced Nursing*. 2009; 65(10), 2046–55.
 14. Mead S, MacNeil C. Peer Support: What Makes It Unique? 2004[Online]. Available: www.mentalhealthpeers.com/pdfs/PeerSupportUnique.pdf. Assessed 10 April 2010.
 15. Tomy AM, Alligood MR. *Nursing Theorists and Their Work*. Sixth edition. Mosby Elsevier. 2006.
 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. Jadid Milani M , Ashktorab T , Abed Saedi J , Alavi Majd H . The relationship between self-transcendence and perceived physical health in patients with multiple sclerosis (MS) attending peer support groups. *Behavioral sponce research journal*. 2012; 9(5), 105- 14. [Persian]
 18. Hays RD, Kallich JD, Mapes DL, Coons SJ, Carter WB. Development of the kidney disease quality of life (KDQOL™) instrument. *Qual Life Res*. 1994; 3(5): 329-38.
 19. Yekaninejad MS, Mohammadi Zeidi I, Akaberi A, Golshan A, pakpour A. Validity and reliability of the Kidney Disease Quality of Life - Short Form (KDQOL-SF™ 1.3) in Iranian patients. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*. 2012; 4(2). [Persian]
 20. Naroie S, Naji A, Abdeyazdan GH, Dadkani E. Effect of Applying Self-Care Orem Model on Quality of Life in the Patient under Hemodialysis. *Zahedan Journal of research in medical sciences*. 2012; 1(14): 8-12. [Persian] .
 21. Jadid Milani M, Ashktorab T, Abed Saedi J, Alavi Majd H . Effect of Peer Support Groups on promotion of Physical Health Status in Multiple Sclerosis: Testing Reed’s Self-Transcendence Theory. *JHPM*. 2012; 1 (1):34-45. [Persian]
 22. Coward DD. Facilitation of self-transcendence in a breast cancer support group. *Oncol Nurs Forum*. 1998; 25(1): 75-84.
 23. Messmer Uccelli M, Mancuso Mohr L, Battaglia MA, Zagami P, Mohr DC. Peer support groups in multiple sclerosis, current effectiveness and future directions. *Mult Scler*. 2004; 10(1): 80- 4.
 24. Nguyen TA, Oosterhoff P, Ngoc NP, 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.
 25. Johns G, Saks AM. *Organizational behavior: understanding and managing life at work*. 7th ed. Prentice Hall. 2007.
 26. Jackson AM, Gregory S, McKinstry B. Self-help groups for patients with coronary heart disease as a resource for rehabilitation and secondary prevention—what is the evidence? *Heart Lung*. 2009; 38(3): 192-200.
 27. 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. [Persian]
 28. Vanner EA, Block P, Christodoulou CC, Horowitz BP, Lauren B. Krupp LB. Pilot Study Exploring Quality of Life and Barriers to Leisure-time Physical Activity in Persons with Moderate to Severe Multiple Sclerosis. *Disabil Health J*. 2008; 1(1) : 58-65.

The effect of peer support groups on physical health status in patients treated with hemodialysis

Mehdi Jafarzade,

Master of Nursing, Faculty of Medical Sciences Sabzevar, Sabzevar, Iran

Akram Malek Khahi,

Master of Nursing student of Medical Sciences Sabzevar, Sabzevar, Iran

Maryam Jadid Milani,

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

Mohamad Hasan Rakhshani,

Assistant Professor, Faculty of Medical Sciences Sabzevar, Sabzevar, Iran

Received:31/05/2014, Revised:16/08/2014, Accepted:29/08/2014

Corresponding author:

Akram Malek Khahi,
Medical Sciences Sabzevar,
Sabzevar, Iran
E-mail: malek049@yahoo.com

Abstract

Backgrounds: patients who are under hemodialysis also experience a lot of physical problems which can lead to a reduction in their quality of life. Peer support groups are a kind of social supports that in which peers who have similar experience present some advice to others to enhance their quality of life.

Material and Method: This clinical trial study with two case and control groups was conducted on 55 patients treated with hemodialysis hospitalized in vasee hospital sabzevar in 1392. Participants in the case group, attended in 2 hours sessions during 8 weeks. Issue of sessions was planned based on patients'needs and interests. Research tools were demographic and the Section of Physical health status "Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF™)". For data analysis, descriptive statistics, independent t-test and paired t test was used.

Results: Attending in peer support group was resulted in a significant difference in physical health status between the case and control group ($p < 0.0001$).also, there was observed a significant difference in physical health after and before intervention($p < 0.0001$).

Conclusions: Results showed that using a peer support group can have some positive effects on promoting physical health status in patients treated with hemodialysis that finally can enhance their quality of life.

Key words: Hemodialysis patients, physical health status, peer support group