

بررسی تاثیر شرکت در گروه حمایتی همتایان بر عملکرد جنسی بیماران تحت درمان با همودیالیز بیمارستان واسعی شهرستان سبزوار

اکرم ملک خواهی^۱، مریم جدید میلانی^۲، پرستو امیری^{۳*}

^۱ کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، 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 سالمندی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران.

* نشانی نویسنده مسئول: سبزوار، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، مرکز تحقیقات سلامت سالمندان

E-mail: Amiri.parasto@gmail.com

وصول: ۹۴/۱۰/۳۱، اصلاح: ۹۴/۱۲/۵، پذیرش: ۹۵/۲/۲۰

چکیده

زمینه و هدف: بیماران تحت درمان با همودیالیز دچار مشکلات جنسی فراوان می‌باشند. قرار گرفتن این بیماران در گروه‌های حمایتی همتایان و استفاده از تجارب مشابه افراد گروه می‌تواند منجر به بهبود آنان گردد. هدف پژوهش حاضر تعیین تاثیر شرکت در گروه حمایتی همتایان بر عملکرد جنسی بیماران تحت درمان با همودیالیز می‌باشد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر به صورت کارآزمایی بالینی تصادفی شده با دو 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 بود. و با استفاده از بلوک‌های جایگشتی به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. به مدت ۸ هفته جلسات حمایتی همتایان به مدت ۲ ساعت در هفته جهت گروه مداخله برگزار شد و موضوع جلسات بر اساس مشکلات به دست آمده از نیاز و علاقه بیماران بود. ابزار پژوهش پرسشنامه، اطلاعات دموگرافیک، بخش عملکرد جنسی پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران دیالیزی (KDQOL-SFTM) بود. جهت آنالیز داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی (آزمون تی زوجی و تی مستقل) با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ استفاده شد. سطح معنی داری با ضریب اطمینان ۹۵ درصد، $p < 0.05$ بود.

یافته‌ها: اختلاف معناداری بین دو گروه مداخله (۳۳/۷۷) و کنترل (۳۲/۶۷) بین امتیازهای وضعیت عملکرد جنسی بعد از اتمام مطالعه وجود نداشت ($p > 0.05$). اختلاف معناداری در گروه مداخله بین امتیازهای وضعیت عملکرد جنسی قبل (۳۲/۹۶) و بعد (۳۳/۷۷) از شرکت در گروه همتایان وجود نداشت ($p > 0.05$).

نتیجه‌گیری: براساس نتایج پژوهش شرکت در گروه همتایان در بیماران تحت همودیالیز باعث بهبود وضعیت عملکرد جنسی آنها گردید اما این تغییر معنادار نبود.

واژگان کلیدی: همودیالیز، نارسایی مزمن کلیه، عملکرد جنسی، گروه حمایتی همتایان

مقدمه

انتهایی نارسایی مزمن کلیه (End Stage Renal Disease)

می‌باشد (۱). شیوع ESRD در جهان ۲۴۲ مورد در یک

یکی از علل مهم مرگ و ناتوانی در دنیا مرحله

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، درمان با همودیالیز عوارضی هم به دنبال دارد (۴). بیماران همودیالیزی با طیف وسیعی از مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی روبرو می‌شوند و در نهایت در معرض ناتوانی قرار می‌گیرند (۵). تغییرات شیمیایی که در بدن بر اثر نارسایی کلیه ایجاد می‌شود معمولاً با ناتوانی جنسی و کاهش میل جنسی همراه است. تغییرات فیزیکی ممکن است باعث شود تا افراد احساس کنند از نظر جنسی جذابیت کمتری دارند. حدود ۵۰٪ بیماران مبتلا به نارسایی کلیه دچار اختلال در عملکرد جنسی هستند. ۳۳٪ از بیماران مبتلا به نارسایی کلیه رابطه زناشویی نداشته و حدود ۴۰-۸۰ درصد دچار ناتوانی جنسی هستند (۶) از علل به‌جودآورنده اختلالات جنسی در این بیماران اختلالات سایکولوژیک می‌باشد (۷). این بیماران به دلیل تغییر در سبک زندگی به دنبال بیماری و شیوه درمان اغلب با مشکلات روانی فراوانی دست به‌گریبانند (۸).

اختلالات روانی اجتماعی از جمله تغییر در تصویر ذهنی، تغییرات خلقی و عوامل دیگر موجب قرار گرفتن آن‌ها در برابر تنش‌های روزانه می‌گردد (۹) و شیوه زندگی و نقش‌های فرد را تحت تاثیر قرار می‌دهد (۱۰) وجود استرس در این بیماران نیز تا حدی باعث مختل شدن روابط بین فردی می‌شود (۶). از آنجائیکه رابطه‌ی جنسی در زندگی زناشویی از نظر جسمانی برای سلامتی مهم است و باعث ایجاد آرامش و کاهش نشانه‌های افسردگی و افزایش اعتماد به نفس در افراد می‌گردد (۱۱). نیاز آنها در به‌کارگیری روش‌هایی جهت توانمندسازی برای سازگاری با بیماری آشکار می‌شود. یکی از راه‌های توانمندسازی استفاده از حمایت‌های اجتماعی می‌باشد (۱۲).

حفظ سلامت یکی از کارکردهای مهم حمایت‌های

اجتماعی می‌باشد (۱۳). حمایت اجتماعی سبب کاهش استرس و بهبود عملکرد می‌شود (۱۲). گروه‌های حمایتی هم‌تایان از جمله حمایت‌های اجتماعی است (۱۴) که به صورت پیوستن افراد با یکدیگر در مورد موضوعی که با هم اشتراک دارند می‌باشد و افراد گروه تجارب خود را با یکدیگر به اشتراک می‌گذارند و یک سیستم حمایتی تنگاتنگی را ایجاد می‌کنند (۱۵). افرادی که تجربه‌های مشابهی دارند راهبردهایی را به یکدیگر ارایه دهند که حتی اعضای گروه‌های بهداشتی هم ممکن است در مورد آن آگاهی نداشته باشند (۱۴).

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 (۱۶).

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 گروه‌های حمایتی در بیماری‌های مزمن دارای وبگاه هستند. این تعداد نشان‌دهنده نقش موثر آنها است اما، جالب است که تعداد پژوهش‌های اندکی تاثیر گروه‌های حمایتی هم‌تایان را بر بیماری‌های مزمن بررسی کرده‌اند (۱۲).

با توجه به موجود نبودن مستندات دال بر دایر بودن گروه‌های حمایتی هم‌تایان در ایران و اینکه تنها، گروه‌های خود یار معتادین در سطح کشور فعال می‌باشد (۱۷) و تفاوت‌های فردی بیماران و تأثیرپذیری آن‌ها از افرادی که خود این شرایط را تجربه کرده‌اند و همچنین کم بودن پژوهش در زمینه گروه‌های حمایتی پژوهشگران بر آن شدند تا با انجام این پژوهش و تشکیل گروه هم‌تایان مسائل و مشکلات و راهکارها را مورد تبادل نظر بیماران تحت همودیالیز قرار داده و تأثیر تشکیل گروه حمایتی هم‌تایان بر عملکرد جنسی را در بیماران تحت همودیالیز

بررسی نمایند.

مواد و روش‌ها

این پژوهش، از نوع 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 وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار در سال ۱۳۹۲ مراجعه می‌نمودند. پژوهش حاضر به تایید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی سبزوار رسیده است.

پس از بررسی و مطالعه اولیه مشخصات نمونه حاضر در محیط پژوهش، 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 بلوک‌های جایگشتی به دو گروه مداخله و کنترل، تقسیم شدند.

در آغاز هدف پژوهش و روش اجرای پژوهش برای بیماران بیان شد و موافقت آنها جهت شرکت در پژوهش با استفاده از رضایتنامه کتبی به صورت آگاهانه اخذ شد.

گروه کنترل مراقبت روتین بخش دیالیز را دریافت می‌کردند و در گروه مداخله گروه حمایتی همتایان تشکیل شد. مناسب‌ترین اندازه گروه‌ها برای تغییرات بهداشتی، ۸ تا ۱۲ نفر می‌باشد (۱۸). بنابراین، با توجه به حجم نمونه جلسات در سه گروه برگزار شد. 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 گروه‌ها با توجه به برنامه همودیالیز بیماران بود. جلسات قبل از شروع همودیالیز برگزار می‌شد و با توجه به اینکه هفته ای یکبار برگزار می‌شد برای بیمار خسته کننده نبود. جهت

جلوگیری از تورش و خطا، گروه‌های کنترل و مداخله در شیفت‌های مجزا جهت دیالیز قرار داده شدند تا با یکدیگر ملاقات نداشته باشند. تعداد جلسات، ۸ جلسه طی ۸ هفته جهت هر یک از گروه‌ها و هر هفته یک جلسه به مدت ۲ ساعت بود. افرادی از گروه که از جلسه‌ها غیبت داشتند، مباحث عنوان شده در جلسه را از طریق تلفن از پژوهش‌گر و یا سایر اعضای گروه دنبال می‌کردند. از طرفی غیبت بیش از ۲ جلسه به مفهوم حذف داده‌های حاصل از آن فرد بود. روش تشکیل و مدیریت گروه حمایتی در هر سه گروه یکسان بود و مسائل عقیدتی و فرهنگی در هنگام برگزاری جلسات رعایت گردید.

موضوع جلسات هر سه گروه حمایتی همتایان بر اساس مشکلات سلامت 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. مباحث شامل تفکر مثبت، تغییرات و عوارض جسمی و روانی مانند گرفتگی عضلات و مشکلات خواب و خارش، تغذیه صحیح، مشکلات جنسی بود. 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 شیوه کنترل آن، شفاف نمودن ارزش‌ها، آموزش ساختن فکر و آموزش خود، مدیریت احساسات و برنامه ریزی فعالیت‌های لذت‌بخش بود. عناوین جلسات در هر سه گروه تقریباً مشابه بود.

ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و کیفیت زندگی بیماران دیالیزی بخش مشکلات جنسی وابسته به سلامت (KDQOL-SFTM) بود. این پرسشنامه جهت سنجش کیفیت زندگی بیماران تحت درمان با دیالیز استفاده می‌شود. هایز و همکاران در آمریکا (۱۹۹۴) فرم ۴۳ آیتمی ارزیابی کیفیت زندگی

بیماران کلیوی را برای افراد مبتلا به نارسایی مزمن کلیه و تحت دیالیز طراحی کردند (۱۹).

این ابزار توسط یکانی نژاد و همکاران ترجمه شده و روایی و پایایی آن در جمعیت ایرانی بررسی شده است. به طوری که آلفای کرونباخ در ابعاد مختلف پرسشنامه ۰/۷۳ تا ۰/۹۳ گزارش شده است (۲۰).

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 می‌باشد. بعد اختصاصی ابزار پژوهش مشتمل بر نه حیطه: 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) (امتیاز بندی از صفر تا ۱۰۰)، وضعیت شغلی مرتبط با سلامت (شامل ۲ سوال)، مسائل جنسی (شامل ۳ سوال) و رضایت از مراقبت و پرسنل بخش (شامل ۳ سوال) در بیماران همودیالیزی می‌باشد. هر بعد امتیاز صفر تا ۱۰۰ را به خود اختصاص می‌دهد. نمره بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بهتر می‌باشد (۱۹).

در این مطالعه بعد مسائل جنسی مرتبط با سلامت ارزیابی گردید. که برای بار اول در زمان شروع جلسات تکمیل گردید و بار دوم بلافاصله بعد از اتمام جلسات تکمیل گردید.

جهت تعیین روایی ابزار پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران کلیوی، 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.

در پژوهش حاضر جهت تعیین پایایی ابزار کیفیت زندگی بیماران دیالیزی بخش مشکلات جنسی مرتبط با

سلامت از روش آزمون مجدد استفاده شد. ابزار به ۱۰ بیمار به فاصله یک هفته داده شد. ضریب همبستگی در پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران کلیوی ۰/۹۱ بود که نشان دهنده پایایی ابزار می‌باشد. ابزارهای پژوهش در ابتدای دوره و در پایان دوره توسط خود بیماران تکمیل گردید در بیماران بی سواد، پرسشنامه ها توسط کمک پژوهشگر تکمیل شد.

طی دوره ۳ نفر از واحدهای 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 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 جنسی بین دو گروه مداخله و کنترل در ابتدای و پایان مطالعه از آزمون تی زوجی و تی مستقل استفاده شد. سطح معنی داری با ضریب اطمینان ۹۵ درصد، ($p < 0/05$) بود. این مطالعه در IRCT با شماره IRCT2014082018882N1 به ثبت رسیده است

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش از ۵۵ بیمار در هر دو گروه آنالیز گردید. نتایج پژوهش نشان داد میانگین سنی بیماران در گروه مداخله $13/3 \pm 47$ سال و در گروه کنترل $13/2 \pm 48/6$ سال بود. اکثریت واحدهای پژوهش در گروه مداخله و کنترل متاهل (۸۵/۲ درصد) بودند. همچنین از نظر وضعیت اشتغال، اکثریت واحدهای پژوهش شاغل بودند (گروه مداخله $46/4$ درصد و گروه کنترل ۳۷ درصد). و وضعیت درآمد اکثریت (۶۰٪) واحدهای پژوهش ضعیف بود (گروه مداخله ۵۷/۱ درصد و گروه کنترل ۶۳ درصد). میانگین سال‌های درمان با همودیالیز در افراد گروه مداخله $2/08 \pm 2/6$ سال (۳۰ ماه) و در افراد

جدول ۱: فراوانی نسبی واحدهای پژوهش بر حسب مشخصات دموگرافیک

اطلاعات دموگرافیک	گروه پژوهشی	گروه مداخله	گروه کنترل	مقدار P
سن (انحراف معیار) میانگین	۴۷±۱۳/۲	۴۸±۱۳/۲	۴۸±۱۳/۲	۰/۶۵
جنسیت (درصد)	زن	۲۵٪	۲۲/۲٪	۰/۸۰
	مرد	۷۵٪	۷۸/۸٪	
	متاهل	۸۲/۱٪	۸۵/۲٪	
وضعیت تأهل (درصد)	مجرد	۱۴/۳٪	۷/۴٪	۰/۴۲
	بیوه و مطلقه	۳/۶٪	۷/۴٪	
سطح تحصیلات (درصد)	بی سواد	۷/۱٪	۱۱/۱٪	۱
	ابتدایی	۳۵/۷٪	۳۳/۳٪	
	راهنمایی	۳۹/۳٪	۳۷٪	
	دبیرستان و دانشگاهی	۱۷/۹٪	۱۸/۵٪	
وضعیت اشتغال (درصد)	کارگر	۲۵٪	۱۴/۸٪	۰/۹۵
	کارمند	۷/۱٪	۷/۴٪	
	خانه دار	۲۱/۴٪	۲۵/۹٪	
	آزاد	۱۴/۳٪	۱۴/۸٪	
	بیکار	۲۵٪	۲۹/۶٪	
	بازنشسته	۳/۶٪	۷/۴٪	
	محصل	۳/۶٪	۰	
کفایت درآمد (درصد)	متوسط	۳۹/۳٪	۲۹/۶٪	۰/۶۷
	ضعیف	۵۷/۱٪	۶۳٪	
سابقه دیالیز (سال)	۲±۲/۶ سال	۲±۲/۳ سال	۲±۲/۳ سال	۰/۹۸

جدول ۲: توزیع و مقایسه امتیاز عملکرد جنسی بعد از شرکت در گروه حمایتی همتایان در گروه مداخله و کنترل

در بیماران تحت همودیالیز شهرستان سبزوار ۱۳۹۲			
گروه های پژوهش-زمان	گروه مداخله	گروه کنترل	نتیجه آزمون تی مستقل
متغیرهای پژوهش	بعد از مداخله	بعد از مداخله	بین دو گروه مداخله و کنترل
عملکرد جنسی	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	
	۳۳/۷±۷/۱	۳۲/۶±۸/۶	P=۰/۶۷

جدول ۳: توزیع و مقایسه امتیاز عملکرد جنسی قبل و بعد از شرکت در گروه حمایتی همتایان در گروه مداخله و کنترل در بیماران تحت

همودیالیز شهرستان سبزوار ۱۳۹۲				
گروه های پژوهش-زمان	گروه مداخله		گروه کنترل	
متغیرهای پژوهش	قبل از مداخله	بعد از مداخله	قبل از مداخله	بعد از مداخله
عملکرد جنسی	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین
	۳۲/۹±۶/۶	۳۳/۷±۷/۱	۳۳/۷±۶/۶	۳۲/۶±۸/۶
نتیجه آزمون تی زوجی	p=۰/۰۷		p=۰/۲۴	

بر روی ۵۵ بیمار در دو گروه (۲۸ نفر گروه مداخله و ۲۷ نفر گروه کنترل) در جدول شماره (۱) ارزیابی گردیده است.

گروه کنترل ۲۵/۱±۲/۳ سال (۲۷ ماه) بود. آزمون آماری بر روی داده‌های پژوهش نشان داد که توزیع متغیرهای زمینه‌ای در هر دو گروه مداخله و کنترل نرمال بود.

اطلاعات دموگرافیک بر اساس یافته‌های پژوهش

بحث

یافته‌های پژوهش نشان داد که اختلاف معناداری بین سلامت جنسی گروه مداخله و کنترل در پایان مداخله وجود نداشت.

در گروه مداخله افزایش در نمره عملکرد جنسی مشاهده می‌شود اما این افزایش معنادار نبود. در پژوهش سید رسولی و همکاران نیز که با هدف تاثیر مداخله ارتقاء دهنده ادراک بیماری بر کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی انجام شد نمره عملکرد جنسی افزایش معنی داری نداشت (۲۱).

اما در پژوهش جدید میلانی و همکاران که تاثیر گروه هم‌تایان را بر سلامت را در بیماران مبتلا به ام اس سنچیده بود، شرکت در گروه هم‌تایان باعث افزایش نمره رضایت جنسی در پایان مداخله گردید (۱۲).

در مطالعه شریف و همکاران نیز آموزش هم‌تایان باعث بهبود عملکرد جنسی بیماران مبتلا به سرطان پستان گردید (۲۲). در مطالعه شاکرمی و همکاران که تاثیر آموزش جنسی بر صمیمیت جنسی زنان متأهل بررسی نموده بود، آموزش جنسی منجر به بهبود روابط جنسی در زوجین گشت (۲۳). همچنین در پژوهش رحیمی و همکاران که با هدف بررسی تاثیر مدل مراقبت پیگیر بر کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی انجام شد. بکارگیری مدل باعث افزایش نمره عملکرد جنسی بیماران گردید (۲۴).

ممکن است میانگین سنی بیماران (۴۷ سال) باعث عدم تاثیر معنی دار جلسات بر عملکرد جنسی بیماران باشد. زیرا با افزایش سن در افراد عادی نیز شیوع اختلالات جنسی افزایش می‌یابد (۷).

همچنین مشکلات روانشناختی، ارتباطی و اجتماعی و پزشکی در کنار هم می‌تواند در عملکرد جنسی این بیماران نقش دارد. مشکلاتی مانند کم خونی، مصرف برخی داروها و مشکلات روانی مانند انطباق با بیماری، افسردگی و کاهش اعتماد به نفس به دنبال

بیماری و تصور بدنی به علت وجود فیستول باعث فقدان احساس جذابیت جنسی در فرد می‌شود و بر عملکرد جنسی تاثیر منفی می‌گذارد (۶).

آناسرمن و همکاران نیز عنوان نمودند بر عوامل روحی - روانی، اختلال محور هیپوتالاموس هیپوفیزو هیپوگنادیسم از مهم ترین عوامل اختلال عملکرد جنسی در بیماران کلیوی می‌باشد (۲۵).

اگر چه در مطالعه حاضر تشکیل گروه هم‌تایان تاثیری معناداری بر عملکرد جنسی بیماران همودیالیزی نداشت اما، مطالعات انجام شده جهت بررسی تاثیر گروه‌های حمایتی هم‌تایان بر روی افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن نشان می‌دهد که این گروه‌ها باعث ایجاد فرصتی جهت اشتراک دانش تجربی می‌گردد و به اعضا گروه کمک می‌کند تا با هم رویکردهایی موثر جهت تطابق با تنش ناشی از بیماری پیدا کنند و به دلیل اینکه در این گروه‌ها، تجارب ارزشمند فردی، به صورت مستقیم در اختیار دیگر اعضای گروه قرار می‌گیرد، سبب تکامل فردی اعضا شود بعلاوه، کسب این تجارب برای دیگر اعضای گروه سخت و یا گاهی استرس زا 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 (۱۲).

بنابراین سنجش تاثیر گروه هم‌تایان بر سایر ابعاد سلامت بیماران همودیالیزی و سایر بیماران مزمن پیشنهاد می‌گردد.

نتیجه گیری

با توجه به نتایج پژوهش حاضر و با توجه به این که عدم توجه به اختلالات جنسی در این بیماران خود می‌تواند زمینه ساز مشکلات بعدی مثل تشدید بیماری و کاهش سلامت و اختلال سلامت خانواده شود، توصیه می‌گردد مطالعات بیشتر در این زمینه انجام گیرد.

تشکر و قدردانی

انجام این پژوهش ما را یاری نمودند، صمیمانه قدردانی و تشکر می‌کنیم.

از مسئولین دانشگاه علوم پزشکی سبزوار و پرسنل بیمارستان واسعی سبزوار و بیماران عزیز که در

References

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 SF, Haghani H, Asadi Noughabi A. Effect of cognitive-behavioral intervention on adherence to dietary and fluid-intake restrictions in hemodialysis patients. *J Nurs Educ.* 2013; 2(3).
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. *J Sabzevar Univ Med Sci.* 2015;21(6):993-10.
4. Phipps W, Sands J, Marker J. Medical-surgical Nursing concept: clinical practice. St. louis: mosbay co; 1999.
5. Tayyebi A, Salimi S, Mahmoudi H, Tadrissi SD. Comparison of quality of life in haemodialysis and renal transplantation pateints. *Iran J Crit Care Nurs.* 2010; 3(1):7-8. [Persian]
6. Ahmadvand A, Sepehrmanesh Z, Akasheh G, Saei R. Evaluation of sexual dysfunction disorders in hemodialysis patients in Akhavan Hospital in Kashan. *Qom Univ Med Sci J.* 2014;8(2):20-7.
7. Momeni A, Mohammad Alibeigi F, Dehghani Z, Kheiri S. Correlation Evaluation of Sexuality Disorders with Serum Prolactin, Adequacy of Dialysis, and Some Laboratory Findings in Hemodialysis Patients. *J Isfahan Med Sch.* 2014;32(278):298-307. [Persian]
8. Nazemian F GF, Por ghazneyn T. Depression and anxiety in patients undergoing hemodialysis. *medical journal of mashhad University of Medical Science.* 2008;51(3):171-6.
9. Rafiee F, Rambod M, Hoseyni AF. Quality of Life in End Stage Renal Disease and Its Related Factors. *Iran Journal of Nursing.* 2011;23(63):35-42. [Persian]
10. Afkand S, Nourozi Tabrizi K, Fallahi Khoshknab M, Reza Soltani P. 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.
11. Manavi Pour D, Pir Khaefi Othe A, Rouhani A, Sadat Dibaji Z. Impact of Sexual Coolant Training on Promoting Sexual Health. *Thought and Behavior in Clinical Psychology.* 2009; 11: 77. [Persian]
12. Jadid Milani M , Ashktorab T , Abed Saeedi J , Alavi Majd H . Effect of Peer Support Groups on promotion of Physical Health Status in Multiple Sclerosis: Testing Reed's Self-Transcendence Theory. *J Health Promotion Management.* 2012; 1 (1) :34-45.
13. Leading a support group: a practical guide. McGrawHill [Internet]. 2006. Available from: <http://books.google.com/books?id=HtVAQ6HnpR_C&printsec=frontcover&dq=Leading+a+support+group:+a+practical+guide&hl=en&ei=c8rRTs2618yVOpHBjK8P&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&sqi=2&ved=0CC4Q6AEwAA#v=onepage&q=Leading%20a%20support%20group%3A%20a%20practica1%20guide&f=false>.[10 April 2010. .]
14. Mead S, MacNeil C. Peer Support: What Makes It Unique? 2004. 10 April 2010:[Available from: www.mentalhealthpeers.com/pdfs/PeerSupportUnique.pdf].
15. Nguyen TA, Oosterhoff P, Ngoc YP, Wright P, Hardon A. Self-help groups can improve utilization of postnatal care by HIV-infected mothers. *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care : JANAC.* 2009;20(2):141-52.
16. Tomy AM, Alligood MR. *Nursing Theorists and Their Work:* Mosby Elsevier; 2006.
17. Jadid-Milani M, Ashktorab T, Abed-Saeedi Z, Alavi-Majd H. Promotion of Self-Transcendence in a Multiple Sclerosis Peer Support Groups. *Zahedan J Res Med Sci.* 2014;16(5):73-8.
18. Lassiter P. Group approaches to practice. In Stanhope M and Lancaster J. 6th ed. Philadelphia: Mosby: Community Health Nursing. 2005.
19. 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.
20. Yekaninejad MS, MohammadiZeidi 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. *J North Khorasan Univ Med Sci.* 2012;4(2): 261-73. [Persian]
21. Seyyedrasooli A, Parvan K, Rahmani A, Rahimi z. Effect of Illness Perception Promoting Intervention on Quality of Life of Hemodialysis
22. patients: a Clinical Trial. *Preventive Care in Nursing & Midwifery Journal.* 2014;3(2):1-12. [Persian]

23. Sharif F, Abshorshori N, Hazrati M, Tahmasebi S, Zare N. Effect of peer-led education on quality of life of mastectomy patients. *Payesh*. 2012;11(5):703-10.
24. Shakarami M, Davarniya R, Zaharakar K, Gohari S. The Effect of Sex Education on Sexual Intimacy of Married Women. *Journal of Nursing Education. Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2014;2(1):34-42. [Persian]
25. Rahim A, Alhani F, Ahmadi F, Gholyaf M, Akhoond MR. Effects of Applying Continuous Care Model on Quality of Life in Hemodialysis Patients. *East Mediterr Health J*. 2009;15(4):944-50.
26. Anantharaman P, Schmidt RJ. Sexual function in chronic kidney disease. *Adv Chr Kidney Dis*. 2007;14:119-25.

The Effect of Peer Support Groups on Sexual function in Patients Treated with Haemodialysis

Akram Malek-khahi

M.Sc. of Nursing, Sabzevar University of Medical Sciences, School of Nursing and Midwifery, Sabzevar. Iran.

Maryam Jadid Milani

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

***Parastoo Amiri**

Community Medicine Specialist, Iranian Research Center on Healthy Aging, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran.

Received:03/01/2016, Revised:24/02/2016, Accepted:09/05/2016

Corresponding author:

Parastoo Amiri,
Sabzevar University of Medical
Sciences, Sabzevar, Iran.
E-mail: Amiri.parasto@gmail.com

Abstract

Backgrounds & Objectives: Patients who are under haemodialysis experience a lot of sexual 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. The aim of the present study is to determine the effect of peer support group on sexual function in patients treated with haemodialysis.

Material & Method: A clinical trial research with two cases and control groups was performed on 64 patients undergoing haemodialysis in Vasei hospital of Sabzevar in 2013. The sampling was random. Patients were divided into two groups of intervention and control using the block permutation. The Participants attended 8 weekly sessions comprising 2 hours each week. The topic was according to the patients' needs and interests. Research tools were: demographic questionnaire, sexual function of part dialysis patients, life quality Questionnaire (KDQOL-SFTM). For data analysis, descriptive and deductive (paired t- test and independent t-test) statistics SPSS version 18 was used.

Results: After the completion of the study, there was not a significant difference between sexual health situation scores of two groups (case and control) (p value>0.05). After attending peer support group in case group there were not a significant differences in mental health situation scores (p value>0.05).

Conclusions: According to the results of this study, attending peer support group in hemodialysis patients will improve their sexual function. But this change was not significant.

Keywords: *Sexual function, Peer support group, Haemodialysis.*