بررسی تأثیر بحث گروهی بر مشارکت با تیم درمان در بیماران تحت درمان با همودیالیز

اعظم محجوبیان[۱]، نسرین بهرامی‌نژاد*[۲]، کورش کمالی[۳]

تاریخ دریافت ۱۳۹۶/۰۱/۳۰ تاریخ پذیرش ۱۳۹۶/۰۴/۰۱

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: جهت بهبود کیفیت مراقبت‌های ارائه‌شده به بیماران مبتلا به نارسایی کلیه تحت درمان با همویالیز، مشارکت بیماران با تیم درمان ضروری است. رویکردهای مشارکت دادن بیمار و در کل رویکردهای بیمار محور با افزایش رضایت بیماران، کاهش هزینه‌ها و بهبود نتایج ارتباط دارد. نظر به اهمیت مشارکت با تیم درمان در بیماران تحت درمان با همودیالیز، مطالعه حاضر قصد دارد تا تأثیر بحث گروهی بر مشارکت با تیم درمان بیماران تحت درمان با همودیالیز را بررسی نماید.

مواد و روش کار: در این مطالعه، کارآزمایی بالینی از نوع نیمه تجربی (دوگروهی آزمون و شاهد)، ۶۰ بیمار واجد شرایط به روش نمونه‌گیری آسان با تخصیص تصادفی در دو گروه آزمون و شاهد قرار گرفتند. برای گروه آزمون، مداخلات مشارکت با تیم درمان به روش بحث گروهی طی ۴ جلسه اجرا گردید. گروه شاهد مداخلات روتین را دریافت کردند. جمع‌آوری داده‌ها قبل و ۳ ماه بعد از مداخله از طریق بعد مشارکت با تیم درمان پرسشنامه استاندارد خودمدیریتی لی و همکاران انجام گرفت. داده‌های حاصل توسط نرم‌افزار آماری SPSS نسخه 16 و با استفاده از آزمون‌های آماری کای دو، تی مستقل، آزمون‌های ناپارامتریک از قبیل آزمون من ویتنی و ویلکاکسون تجزیه‌وتحلیل گردید.

یافته‌ها: نتایج یافته‌ها در ارتباط با ویژگی‌های دموگرافیک و زمینه‌ای نشان داد که قبل از مداخله هر دو گروه آزمون و شاهد به‌جز (متغیرهای سن، سن تشخیص نارسایی کلیوی و منبع کسب آموزش در رابطه با همودیالیز) در ارتباط با سایر متغیرها با هم همگن بودند ($p>۰/۰۵$). همچنین نتایج تجزیه‌وتحلیل با استفاده از آزمون من ویتنی و آزمون ویلکاکسون نشان داد که بعد از اجرای بحث گروهی میانگین امتیاز مشارکت با تیم درمان در بین گروه‌های آزمون و شاهد دارای اختلاف معنی‌داری بود ($p<۰/۰۰۱$).

بحث و نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های پژوهش، بحث گروهی یک روش آموزشی مؤثر در ارتقاء مشارکت با تیم درمان بیماران همودیالیزی مزمن بود. لذا اجرای بحث گروهی برای تقویت مشارکت با تیم درمان در بیماران تحت درمان با همودیالیز توسط پرستاران توصیه می‌شود.

کلیدواژه‌ها: بحث گروهی، مشارکت با تیم درمان، بیماران همودیالیزی

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره پانزدهم، شماره پنجم، پی‌درپی ۹۴، مرداد ۱۳۹۶، ص ۳۶۷-۳۵۷

آدرس مکاتبه: دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی زنجان تلفن: ۰۲۴-۳۳۱۴۸۳۱۸

Email: bahrami_n@zums.ac.ir

مقدمه

بیماری مرحله انتهایی کلیه (ESRD) [۴] با از دست دادن غیرقابل‌برگشت عملکرد کلیه همراه بوده و بیمار جهت ادامه زندگی به درمان‌های جایگزین کلیه (RRT) [۵]شامل دیالیز یا پیوند کلیه نیاز دارد (۱). در حال حاضر شیوع ESRDدر سراسر جهان در حال افزایش است (۴، ۳، ۲). به‌طوری‌که هرسال ۸ درصد به این جمعیت مبتلایان به این بیماری اضافه می‌شود (۵). با توجه به گزارش داده‌های سالانه ایالات‌متحده بروز بیماری ESRD بین سال‌های

[۱] دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران

[۲] دکترای بهداشت جامعه، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، استادیار دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران (نویسنده مسئول)

[۳] دکترای اپیدمیولوژی، استادیار دانشکده بهداشت و پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران

[4] End Stage Renal Disease

[5] Renal Replacement Therapy

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-03-29]

۲۰۰۹-۱۹۹۹ از ۳۳۷ تا ۳۵۵/۴ در هر میلیون جمعیت افزایش یافته است (۶). بر اساس آمارهای منتشرشده در ایران، تا پایان سال ۱۳۹۴ جمعیت بیماران مبتلا به بیماری ESRDتحت درمان با روش‌های جایگزین کلیه به بیش از ۵۵ هزار نفر رسیده است (۷).

بیماری ESRD از مشکلات عمده سلامتی بوده و بار اقتصادی سنگینی را به جامعه تحمیل می‌نماید (۸). این بیماری یکی از علل مرگ‌ومیر و ناتوانی در سراسر دنیا محسوب می‌شود (۹). همودیالیز شایع‌ترین روش درمانی نگه‌دارنده مورداستفاده در درمان ESRD محسوب شده و نقش اساسی در افزایش طول عمر مبتلایان دارد (۵). بیش از ۳/۴ مبتلایان به ESRD با دیالیز درمان می‌شوند (۷). باوجود پیشرفت در درمان ESRD سطح کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در این بیماران پایین‌تر از مردم عادی است (۱۱). بیماران همودیالیزی نیازمند تغییراتی در سبک زندگی ازجمله حضور مرتب در بخش دیالیز برای درمان، محدودیت در مصرف مایعات، محدودیت‌های رژیم غذایی و مصرف داروها می‌باشند (۱۰). مشارکت بیمار در برنامه درمانی می‌تواند مقابله با این تغییرات را در بیماران بهبود دهد.

در طول دهه گذشته، مشارکت بیمار جهت بهبود کیفیت مراقبت‌های ارائه‌شده توسط سیستم بهداشت و درمان ضروری و اساسی در نظر گرفته شده است (۱۲). مشارکت بیمار یعنی دخالت بیماران، خانواده آن‌ها و یا نمایندگانشان در سطوح مختلف مراقبت (شامل مراقبت مستقیم، طراحی مراقبت‌ها یا تعیین خط‌مشی) از طریق همکاری و کار کردن فعالانه با ارائه‌دهندگان مراقبت بهداشتی جهت بهبود سلامتی و خدمات ارائه‌شده توسط سیستم بهداشتی تعریف شده است (۱۳). مرور متون علمی بیانگر این است که مشارکت بیمار، سنگ بنای بهبود کیفیت محسوب شده و یک هدف بیان‌شده جهت کنترل هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی در نظر گرفته می‌شود (۱۴، ۱۳). رویکردهای ابداعی اخیر از قبیل شریک کردن بیماران در تصمیم‌گیری‌ها (۱۵)، افزایش دانش تخصصی بیماران (۱۶) و خود مدیریتی (۱۸، ۱۷) الهام گرفته از رویکردهای بیمار محور بوده و روش جدید جهت دخالت دادن دیدگاه‌های بیماران می‌باشد (۲۰، ۱۹).

درکل دو پیش‌فرض در متون در ارتباط با مشارکت بیمار وجود دارد. اولین پیش‌فرض این است که مشارکت بیمار شامل فقط فعالیت‌هایی از بیمار است که مرتبط با توصیه تیم درمان بوده و فعالیت‌هایی که بیانگر مقاومت بیمار است را شامل نمی‌شود. در این دیدگاه، بیماری که مشارکت با درمان دارد، اغلب دستورات درمانی را اطاعت نموده و چالشی با تیم درمان ندارد. فرض دوم این است که درجه مشارکت یا دخالت بیمار در مراقبت از سلامت خود، وابسته به میزان تمایل تیم سلامت جهت تشویق بیمار برای مشارکت است. به‌عبارت‌دیگر، بیماران به‌عنوان عوامل منفعل در نظر گرفته می‌شوند و جهت مشارکت نیازمند به انگیزش، بسیج، دعوت یا متقاعدشدن جهت فعال شدن و مشارکت کردن در مراقبت‌های بهداشتی خود هستند (۲۲).

مطالعات به‌طور فزاینده‌ای نشان می‌دهد رویکردهای مشارکت دادن بیمار و در کل رویکردهای بیمار محور[1] با افزایش رضایت بیماران، کاهش هزینه‌ها و بهبود نتایج ارتباط دارد (۲۳). جلب مشارکت بیماران و دخالت دادن در درمان نارسایی کلیوی مستلزم توانمندسازی آن‌ها است (۲۸). میزان آگاهی بیماران از بیماری و یا به‌عبارت‌دیگر سطح سواد سلامتی بیماران از عوامل ضروری در ارتقاء مشارکت بیماران در مراقبت از خود می‌باشد. به‌عبارت‌دیگر مشارکت دادن بیماران مستلزم داشتن برخی توانمندی در بیماران است. مطالعات بیانگر پایین بودن سطح سواد بهداشتی در بیماران است. بررسی‌ها نشان می‌دهد علیرغم وجود مواد آموزشی مناسب، میزان آگاهی بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه و مرحله نهایی نارسایی مزمن کلیه پایین است (۲۵، ۲۴). سواد بهداشتی پایین و همچنین سطح سواد پایین موانع قوی در جهت مشارکت بیمار و مراقبت بیمار محور به شمار می‌آید. مطالعات نشان می‌دهد سطح سواد سلامتی پایین بیماران همودیالیزی با دخالت نامطلوب در تصمیم‌گیری، انتخاب یک رویه دیالیز، نتایج بالینی ضعیف و عدم رعایت برنامه درمانی ارتباط دارد (۲۷، ۲۶). رویکرد مشارکتی در مراقبت از بیماران همودیالیزی موردتوجه قرار گرفته است. بهبود مشارکت بیماران مستلزم توانمندسازی آن‌ها در زمینه مراقبت‌های بهداشتی یعنی ارتقای خودمدیریتی بیماران است (۲۸).

بحث گروهی یکی از روش‌های آموزشی فعال، نوین و معتبر جهت توانمندسازی مبتلایان به اختلالات مزمن است (۲۹). بحث گروهی به افراد فرصت می‌دهد تا نظرات، عقاید و تجربیات خود را در مورد مسائل مشترکشان به بحث بگذارند. این روش با ایجاد وابستگی در اعضای گروه، بارش افکار، تکاپوی دسته‌جمعی، تلاش در انطباق با گروه، افزایش قدرت تجزیه تحلیل و قضاوت در بین گروه را برمی‌انگیزاند. بدین شکل بیماران در تعامل با یکدیگر از تجارب و نظرات یکدیگر استفاده می‌کنند (۳۰). به‌کارگیری روش بحث گروهی در توانمندسازی بیماران همودیالیزی، به خاطر مشارکت دادن بیماران و استفاده از تجارب موفق قبلی اعضای گروه در کنترل خودمدیریتی و درنتیجه کنترل بیماری، بهترین انتخاب می‌باشد (۳۱). در همین راستا نظر به نبود مدل آموزشی مبتنی بر

[1] Patient Centered Care

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-03-29]

بحث گروهی در توانمندی سازی بیماران برای مشارکت، مطالعه حاضر باهدف بررسی تأثیر بحث گروهی بر مشارکت با تیم درمان در بیماران تحت درمان با همویالیز طراحی و اجرا شد.

مواد و روش کار

مطالعه حاضر از نوع نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون – پس‌آزمون (با دو گروه آزمون و شاهد) است. جامعه پژوهش را کلیه بیماران مراجعه‌کننده به بخش همودیالیز تشکیل دادند. معیارهای ورود به مطالعه شامل تأیید ابتلا به مرحله نهایی نارسایی مزمن کلیه توسط پزشک متخصص مرکز، انجام همودیالیز دو بار یا بیشتر و هر جلسه ۴- ۳ ساعت، نداشتن بیماری روانی بر اساس مدارک موجود در پرونده، داشتن سن بین ۶۵- ۱۸ سال، رضایت بیماران به شرکت در مطالعه، انجام حداقل ۳ ماه متوالی دیالیز، عدم شرکت در جلسات آموزشی و پژوهشی طی ۳ ماه اخیر، سلامت شنوایی، تسلط به زبان ترکی یا فارسی و معیارهای خروج از مطالعه ابتلا به بیماری جدی جسمی و روحی جدید در حین مداخله، شرکت در جلسات آموزشی و پژوهشی مشابه در طول اجرای مطالعه، عدم تمایل به ادامه شرکت در مطالعه (شامل جلسات بحث گروهی)، انجام عمل پیوند، فوت بیمار و هرگونه تغییر در برنامه همودیالیز بیمار بود. برای تعیین حجم نمونه، با توجه به نبود مطالعه مشابه در این زمینه، با اطمینان ۹۵ درصد و توان آماری ۸۰ درصد با فرض درصد خود مدیریتی مناسب در گروه شاهد معادل سی درصد و اثربخشی مداخله حدود چهل درصد، تعداد ۳۰ نمونه برای هر گروه درمجموع ۶۰ نمونه برای پژوهش با کمک نرم‌افزار STAT 8 محاسبه گردید. نمونه‌ها از طریق نمونه‌گیری آسان (در دسترس) انتخاب و در دو گروه آزمون و شاهد قرار گرفتند. روش تخصیص نمونه‌ها در دو گروه آزمون و شاهد بدین‌صورت بود، که بیمارانی که روزهای فرد جهت دیالیز مراجعه می‌کردند به‌عنوان گروه مداخله و بیمارانی که روزهای زوج مراجعه می‌کردند در گروه کنترل قرار گرفتند. انتخاب روزهای زوج برای گروه کنترل و فرد برای گروه مداخله از طریق پرتاب سکه انجام شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش پرسشنامه دوقسمتی بود که قسمت اول آن شامل اطلاعات فردی و قسمت دوم شامل مقیاس مشارکت با تیم درمان طرح‌شده بر اساس پرسشنامه خودمدیریتی لی و همکاران (۲۰۱۴) بود (۳۲). بخش اطلاعات فردی دربرگیرنده سؤالاتی در مورد سن، جنس، وضعیت تأهل، میزان درآمد خانواده، تحصیلات، سن تشخیص نارسایی مزمن کلیه، علت ابتلا به بیماری کلیوی مرحله نهایی، طول مدت ابتلا به نارسایی مزمن کلیه، طول مدت درمان با همودیالیز، نوع روش دستیابی عروقی برای همودیالیز، نوع عوارض تجربه‌شده حین همودیالیز، نوع آموزش دریافت شده در ارتباط با بیماری و منبع کسب آموزش در رابطه با دیالیز بود. سؤالات از ۴ گویه تشکیل شده بود. این پرسشنامه بر اساس مقیاس ۵ نمره‌ای لیکرت از هیچ‌وقت (۱) تا همیشه (۵) طراحی شده و میزان مشارکت بیماران با تیم درمان در ارتباط با همودیالیز را موردبررسی قرار می‌دهد. حوزه‌های موردنظر مشارکت بیمار شامل مشارکت بیمار در بررسی پارامترهای دستگاه دیالیز، نظر دادن در مورد میزان حذف مایعات بدن، تنظیم دستگاه و دخالت در انتخاب محل تزریق سوزن‌های دیالیزی است. مجموع امتیازات کل مشارکت با تیم درمان از ۴ تا ۲۰ متغیر بوده و امتیاز بالاتر بیانگر میزان مشارکت بهتر است. پرسشنامه حاضر بخشی از پرسشنامه خودمدیریتی لی و همکاران (۳۲) است. به‌منظور استفاده از پرسشنامه قبلاً از توسعه‌دهندگان اجازه ترجمه گرفته شد و سپس پرسشنامه توسط پژوهشگر به زبان فارسی ترجمه و مجدداً توسط فرد آشنا به زبان انگلیسی از فارسی به انگلیسی بر گردانده شد. مجدداً هر دو نسخه فارسی و انگلیسی توسط نفر سوم آشنا به زبان انگلیسی با هم مطابقت داده شد. در مطالعه حاضر جهت ارزیابی روایی صوری و محتوایی پرسشنامه نهایی به ۱۰ فرد خبره شامل اعضای هیئت‌علمی دانشکده پرستاری مامایی و پرستاران شاغل در همودیالیز ارائه و نظرات اصلاحی و آنان اعمال گردید. جهت پایایی درونی ابزار در طی مطالعه راهنما، پرسشنامه به ۳۰ نفر از بیماران همودیالیزی در شهر ابهر داده شد و ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه α=۰/۶۷۱ برآورد گردید.

پرسشنامه قبل از شروع مداخله با حضور محقق در بخش همودیالیز توسط بیماران و با کمک پژوهشگر برای هر دو گروه آزمون و شاهد تکمیل گردید. به‌منظور رعایت نکات اخلاقی پژوهش، اهداف این مطالعه به افراد شرکت‌کننده توضیح داده شد و به آنان اطمینان خاطر داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه باقی خواهد ماند. برای گروه آزمون مداخله مشارکت با تیم درمان مرتبط به روش بحث گروهی در طی ۴ جلسه با مداخلات مستقیم پژوهشگر اجرا گردید و گروه کنترل مداخلات روتین را دریافت کردند. جمع‌آوری داده‌ها قبل و ۳ ماه بعد از مداخله انجام گرفت.

در طی قبل از مداخله، ابتدا مشارکت با تیم درمان توسط پرسشنامه ارزیابی گردید و سپس بر اساس نتایج پرسشنامه و صحبت با بیماران مبحث جلسه بحث گروهی تعیین گردید. در ضمن کتابچه آموزشی برای مطالعه شرکت‌کنندگان (گروه مداخله) قبل از اجرای مداخله جهت آمادگی لازم جهت حضور فعال در بحث گروهی تهیه گردید.

جلسات بحث گروهی با حضور تعداد ۹-۷ نفر در هر گروه برگزار شد. محل انجام بحث گروهی در اتاقی موجود در بخش همودیالیز بیمارستان ولیعصر بود و مددجویان در طی بحث به‌منظور ایجاد تعامل بیشتر و برقراری تماس چشمی به‌صورت دایره‌ای می‌نشستند.

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-03-29]

در کل با توجه به حجم نمونه در روند مداخله، بیماران در چهار گروه قرار گرفتند و سعی شد که تا حد امکان گروه‌ها ازنظر سطح سواد همگن باشند. بدین‌صورت که بیماران بی‌سواد و کم‌سواد در یک گروه و بیماران دارای مدارک دیپلم و بالاتر در یک رده قرار گرفتند. برای هر گروه مداخله به مدت یک جلسه بر اساس نیاز بیماران با بیان هدف هر جلسه و ارائه مطالعه موردی از بیماری مرحله انتهایی کلیه از قبل انجام می‌گرفت. جلسه بحث ۹۰-۶۰ دقیقه طول می‌کشید اما گاهی با توجه به میزان آگاهی و اطلاعات و تمایل شرکت‌کنندگان به مشارکت، زمان بحث تا دو ساعت نیز ادامه یافت. جمع‌بندی نهایی توسط پژوهشگر (تحت عنوان راهنما و رهبر) صورت گرفت و هم‌زمان با آن گروه کنترل مداخلات روتین را دریافت کردند.

در جلسه بحث گروهی، در مورد ساختار و عملکرد کلیه، بعد مشارکت با تیم درمان که شامل مشارکت بیمار در بررسی پارامترهای دستگاه دیالیز، میزان حذف مایعات بدن، تنظیم پارامترهای دستگاه دیالیز و انتخاب محل تزریق سوزن‌های دیالیزی می‌باشد، بحث شد. در طول بحث گروهی، پژوهشگر ضمن شرکت در بحث و ارائه نظرات خویش نقش رهبری گروه را نیز بر عهده داشت و سعی کرد تا بحث جهت‌دار و متناسب با موضوع موردبحث باشد. در پایان، مطالب با کمک شرکت‌کنندگان جمع‌بندی می‌شد. لازم به ذکر است که گروه شاهد در زمان انجام مداخله مراقبت روتین بخش را دریافت کردند. اما به‌منظور رعایت اصول اخلاقی، کتابچه آموزشی تهیه‌شده در مورد مشارکت با تیم درمان بعد از جمع‌آوری داده‌ها مربوط به پس‌آزمون در اختیار گروه کنترل نیز قرار گرفت.

بعد از تکمیل مداخله، داده‌ها بعد از سه ماه جمع‌آوری شد و سپس اطلاعات داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ مورد آنالیز قرار گرفت. ابتدا داده‌ها قبل از تجزیه‌وتحلیل با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنوف، ازنظر برخورداری از توزیع نرمال بررسی شدند و به دلیل نرمال نبودن از آزمون‌های غیر پارامتریک استفاده گردید. برای تعیین ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک (میانگین و انحراف معیار متغیرهای دموگرافیک کمی شامل سن، سن تشخیص نارسایی کلیوی و میزان درآمد در هر دو گروه آزمون و شاهد از آزمون تی مستقل و برای تعیین ارتباط متغیرهای دموگرافیک کیفی از قبیل جنس، وضعیت تأهل، شغل، تحصیلات، محل زندگی، علت ابتلا به بیماری مرحله انتهایی کلیه، طول مدت ابتلا به نارسایی کلیه، میانگین اضافه‌وزن بین دو دیالیز، مدت‌زمان انجام همودیالیز، روش انجام همودیالیز، تجربه عوارض همودیالیز، سابقه شرکت در برنامه‌های آموزشی و منبع کسب آموزش در رابطه با دیالیز) در هر دو گروه آزمون و شاهد از آزمون کای دو استفاده شد. برای آزمون فرضیات و مطالعه تأثیر مداخله بحث گروهی بر مشارکت با تیم درمان (قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمون و شاهد) از آزمون من ویتنی و برای مقایسه اختلاف میانگین نمره‌ی مشارکت با تیم درمان قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمون و شاهد از آزمون ویلکاکسون استفاده شد. در تمام آزمون‌های آماری سطح معنی‌داری α برابر یا کم‌تر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

نتایج نشان داد هر دو گروه آزمون و شاهد ازنظر متغیرهای دموگرافیک و زمینه‌ای مانند جنسیت، وضعیت تأهل، شغل، میانگین اضافه‌وزن بین ۲ جلسه دیالیز، تحصیلات، محل زندگی، علت ابتلا به بیماری مرحله انتهایی کلیه، طول مدت ابتلا به نارسایی کلیه، مدت‌زمان انجام دیالیز، روش انجام همودیالیز، تجربه عوارض همودیالیز و حیطه‌های شرکت در برنامه‌های آموزشی همگن بودند ($p>۰/۰۵$). اما در ارتباط با متغیر منبع کسب آموزش در رابطه با همودیالیز، سن و سن تشخیص نارسایی کلیوی همگن نبودند ($p<۰/۰۵$). (جدول ۱ و ۲). تجزیه‌وتحلیل‌ها بیانگر این است که وضعیت مشارکت با تیم درمان گروه آزمون و شاهد قبل از مداخله تفاوت آماری معنی‌داری نداشت ($p=۰/۱۱۴$). اما بعد از اجرای مداخله، نمره‌ی مشارکت با تیم درمان در هر دو گروه ازنظر آماری تفاوت معنی‌داری داشت ($p=۰/۰۰۱$). تجزیه‌وتحلیل‌ها نشان داد بعد از مداخله، میانگین نمره‌ی مشارکت با تیم درمان در گروه آزمون به ترتیب از ۱۲/۴۳ به ۱۶/۰۰ و در گروه شاهد از ۱۰/۵۰ به ۱۰/۱۷ ارتقاء پیدا کرد و این افزایش میانگین در گروه آزمون تقریباً قابل‌ملاحظه است. بدین‌صورت که میانگین نمره بعد از مداخله حدود ۲۸/۷۲ درصد در مقایسه با قبل از مداخله افزایش یافته است (جدول شماره ۳). استفاده از آزمون آماری من ویتنی بیانگر تفاوت معنی‌دار نمرات مشارکت با تیم درمان (قبل و بعد از مداخله) در گروه آزمون ($p<۰/۰۰۱$) در مقایسه با گروه شاهد ($p= ۰/۱۱۴$) استفاده از آزمون ویلکاکسون نشان داد اختلاف میانگین نمرات قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون معنی‌دار می‌باشد ($p=۰/۰۰۳$) و در گروه شاهد غیر معنی‌دارمی باشد ($p=۰/۷۶۱$) (جدول ۴).

جدول (۱): مقایسه مشخصات دموگرافیک (کمی) بیماران موردپژوهش در دو گروه آزمون و شاهد

متغیر دموگرافیک	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	p-value
سن	آزمون	۳۰	۴۷/۰۷	۱۴/۰۰۷	۰/۰۳۶

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-03-29]

	شاهد	۳۰	۵۴/۰۳	۱۰/۸۶۷
سن تشخیص نارسایی کلیوی	آزمون	۳۰	۴۱/۱۰	۱۷/۷۳۰
	شاهد	۳۰	۵۰/۲۷	۱۱/۱۰۱
میزان درآمد	آزمون	۲۴	۱۱۴۱۰۰۰/۲۵	۶۴۰/۶۷۵
	شاهد	۲۹	۹۰۴۰۰۰/۵۰	۶۰۷/۴۳۷

	شاهد	۳۰	۵۴/۰۳	۱۰/۸۶۷
سن تشخیص نارسایی کلیوی	آزمون	۳۰	۴۱/۱۰	۱۷/۷۳۰
	شاهد	۳۰	۵۰/۲۷	۱۱/۱۰۱
میزان درآمد	آزمون	۲۴	۱۱۴۱۰۰۰/۲۵	۶۴۰/۶۷۵
	شاهد	۲۹	۹۰۴۰۰۰/۵۰	۶۰۷/۴۳۷

	شاهد	۳۰	۵۴/۰۳	۱۰/۸۶۷
سن تشخیص نارسایی کلیوی	آزمون	۳۰	۴۱/۱۰	۱۷/۷۳۰
	شاهد	۳۰	۵۰/۲۷	۱۱/۱۰۱
میزان درآمد	آزمون	۲۴	۱۱۴۱۰۰۰/۲۵	۶۴۰/۶۷۵
	شاهد	۲۹	۹۰۴۰۰۰/۵۰	۶۰۷/۴۳۷

	شاهد	۳۰	۵۴/۰۳	۱۰/۸۶۷
سن تشخیص نارسایی کلیوی	آزمون	۳۰	۴۱/۱۰	۱۷/۷۳۰
	شاهد	۳۰	۵۰/۲۷	۱۱/۱۰۱
میزان درآمد	آزمون	۲۴	۱۱۴۱۰۰۰/۲۵	۶۴۰/۶۷۵
	شاهد	۲۹	۹۰۴۰۰۰/۵۰	۶۰۷/۴۳۷

جدول (۲): مقایسه سایر مشخصات دموگرافیک بیماران موردپژوهش در دو گروه آزمون و شاهد

متغیرها	نوع	آزمون N=۳۰	شاهد N=۳۰	آزمون آماری کای دو
		تعداد درصد	تعداد درصد	
جنسیت	مذکر	۱۵ ٪۵۰	۱۶ ٪۵۳/۳	p=۰/۷۹۶
	مؤنث	۱۵ ٪۵۰	۱۴ ٪۴۶/۷	
وضعیت تأهل	متأهل	۲۴ ٪۸۰	۲۶ ٪۸۶	p=۰/۱۹۱
	مجرد	۵ ٪۱۶	۱ ٪۳	
	مطلقه	۱ ٪۳	۱ ٪۳	
	بیوه	۰ ٪-	۲ ٪۶	
شغل	بیکار	۱۰ ٪۳۳	۵ ٪۱۶	p=۰/۳۹۹
	خانه‌دار	۱۰ ٪۳۳	۱۲ ٪۴۰	
	کارمند	۰ ٪۰	۲ ٪۶	
	آزاد	۲ ٪۶	۳ ٪۱۰	
	بازنشسته	۸ ٪۲۶	۸ ٪۲۶	
اضافه‌وزن بین دو جلسه دیالیز	کم‌تر از ۲ کیلوگرم	۱۳ ٪۴۳	۱۷ ٪۵۶	p=۰/۴۲۰
	بین ۳-۲ کیلوگرم	۱۵ ٪۵۰	۱۰ ٪۳۳	
	بیشتر از ۳ کیلوگرم	۲ ٪۶	۳ ٪۱۰	
تحصیلات	بی‌سواد	۹ ٪۳۰	۱۷ ٪۵۶	p=۰/۰۷۰
	زیر دیپلم	۱۱ ٪۳۶	۹ ٪۳۰	
	دیپلم	۶ ٪۲۰	۴ ٪۱۳	
	بالای دیپلم	۴ ٪۱۳	۰ ٪۰	
محل سکونت	شهر	۲۷ ٪۹۰	۲۳ ٪۷۶	p=۰/۱۶۶
	روستا	۳ ٪۱۰	۷ ٪۲۳	
علت ابتلا به بیماری کلیوی مرحله نهایی	فشارخون بالا	۱۱ ٪۳۶	۱۶ ٪۵۳	p=۰/۲۳۶
	دیابت	۸ ٪۲۶	۷ ٪۲۳	
	گلومرولونفریت	۰ ٪۰	۱ ٪۳	
	اختلالات انسدادی	۴ ٪۱۳	۰ ٪۰	
	سیستم ادراری			
	کلیه پلی کیستیک	۴ ٪۱۳	۲ ٪۶	
	ناشناخته	۳ ٪۱۰	۴ ٪۱۳	
طول مدت ابتلا به نارسایی کلیه	کم‌تر از یک سال	۵ ٪۱۶	۶ ٪۲۰	p=۰/۹۵۱
	بین ۲-۱ سال	۶ ٪۲۰	۷ ٪۲۳	
	بین ۳-۲ سال	۴ ٪۱۳	۳ ٪۱۰	

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-03-29]

	بیشتر از ۳ سال	٪۵۰ ۱۵	٪۴۶ ۱۴	
مدت‌زمان انجام دیالیز	کم‌تر از یک سال	٪۲۳ ۷	٪۳۰ ۹	p=۰/۵۰۲
	بین ۲-۱ سال	٪۲۳ ۷	٪۲۰ ۶	
	بین ۳-۲ سال	٪۲۳ ۷	٪۱۰ ۳	
	بیشتر از ۳ سال	٪۳۰ ۹	٪۴۰ ۱۲	
روش انجام همودیالیز	فیستول	٪۸۶ ۲۶	٪۹۳ ۲۸	p=۰/۳۸۹
	گرفت یا کورتکس	٪۱۳ ۴	٪۶ ۲	
تجربه عوارض همودیالیز	افت فشارخون	٪۴۶ ۱۴	٪۵۶ ۱۷	p=۰/۸۰۱
	کرامپ عضلانی	٪۶ ۲	٪۳ ۱	
	سردرد و سرگیجه	٪۴۰ ۱۲	٪۳۶ ۱۱	
	تهوع و استفراغ	٪۶ ۲	٪۳ ۱	
حیطه‌های آموزشی کسب‌شده	رژیم غذایی	٪۳۰ ۹	٪۲۶ ۸	p=۰/۳۹۳
	دیالیزی		٪۴۰ ۱۲	
	نحوه مصرف داروها	٪۲۳ ۷	٪۱۳ ۴	
	نحوه نگهداری از	٪۱۰ ۳		
	راه‌های دستیابی			
	عروقی		٪۲۰ ۶	
	همه موارد	٪۳۶ ۱۱		
منبع کسب آموزش در رابطه با دیالیز	پزشک	٪۲۶ ۸	٪۶ ۲	p=۰/۰۳۸
	پرستار	٪۷۳ ۲۲	٪۹۳ ۲۸	

جدول (۳): توزیع میانگین، انحراف معیار مشارکت با تیم درمان در بیماران موردپژوهش قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمون و شاهد

وضعیت	گروه	میانگین	انحراف معیار	میانه	فاصله بین چارکی	آماره من ویتنی	p-value
پیش‌آزمون	آزمون	۱۲/۴۳	۴/۷۹	۱۲/۵۰	۳۴/۰۵	۳۴۳/۵۰	۰/۱۱۴
	شاهد	۱۰/۵۰	۴/۷۱	۱۰/۰۰	۲۶/۹۵		
پس‌آزمون	آزمون	۱۶/۰۰	۱/۸۴	۱۶/۰۰	۴۵/۱۷	۱۰/۰۰	<۰/۰۰۱
	شاهد	۱۰/۱۷	۱/۴۶	۱۰/۰۰	۱۵/۸۳		

جدول (۴): مقایسه اختلاف میانگین نمرات مشارکت با تیم درمان بیماران موردپژوهش قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمون و شاهد

وضعیت	گروه	میانگین رتبه منفی	میانگین رتبه مثبت	آماره z	p-value
اختلاف پس‌آزمون با پیش‌آزمون	آزمون	۹/۱۳	۱۶/۶۵	-۳/۹۶۷	۰/۰۰۳
	شاهد	۱۷/۸۱	۱۲/۷۲	-۰/۳۰۴	۰/۷۶۱

بحث و نتیجه‌گیری

در این مطالعه نیمه تجربی (از نوع پیش‌آزمون– پس‌آزمون دوگروهی) جهت تعیین تأثیر بحث گروهی بر مشارکت با تیم درمان

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-03-29]

بیماران همودیالیزی مزمن مراجعه‌کننده به بخش همودیالیز استفاده شد. نتایج نشان می‌دهد تفاوت نمرات مشارکت با تیم درمان در قبل و بعد از مداخله در گروه شاهد معنی‌داری نبوده درحالی‌که در گروه آزمون معنی‌دار می‌باشد. بعلاوه مقایسه نمرات مشارکت با تیم درمان در دو گروه آزمون و شاهد قبل از مداخله معنی‌دار نبوده، اما بعد از مداخله بین دو گروه معنی‌دار می‌باشد. درمجموع افزایش میانگین نمره‌ی مشارکت با تیم درمان در گروه آزمون بعد از مداخله تقریباً قابل‌ملاحظه بود. بعد مشارکت با تیم درمان مرتبط با مواردی از قبیل: دخالت بیمار در بررسی پارامترهای دستگاه دیالیز، صحبت کردن با پزشک و پرستار در مورد میزان حذف مایعات بدن، نظر دادن به پرستار در مورد تنظیم دستگاه و صحبت کردن با پرستار در مورد انتخاب محل تزریق سوزن‌های دیالیزی است. بر اساس نتایج مطالعه حاضر می‌توان ادعا کرد که مداخله آموزشی با رویکرد بحث گروهی به بهبود وضعیت مشارکت با تیم درمان منجر گردید. نتیجه مطالعه تأییدکننده این واقعیت است که بهبود مشارکت بیماران مستلزم داشتن دانش و توانمندی است (۳۲). مطالعات نشان می‌دهد علاوه بر آگاهی عواملی از قبیل: خود کارآمدی و افسردگی نیز مشارکت با تیم درمان را در بیماران همودیالیزی متأثر می‌کند (۳۲، ۱۴). اگرچه توانمندسازی بیماران همودیالیزی جهت مراقبت از خود در پژوهش‌های متعددی موردتوجه قرار گرفته و توسط پرستاران نیز به کار گرفته می‌شود، اما مطالعات نشان می‌دهد بیماران اغلب در ارتباط با آیتم‌هایی از قبیل تنظیم دستگاه دیالیز دخالت نمی‌کنند (۱۲) و دراین‌ارتباط مطالعات قابل‌دسترسی وجود ندارد.

دخالت دادن اولویت و ارزش‌های مددجو به‌عنوان یکی از اصول محوری رویکرد مراقبتی بیمار – مدار و مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری است (۳۶، ۳۵) و بر اساس دیدگاه انجمن نفرولوژی آمریکا حمایت از خود مدیریتی، یک اصل ضروری برای دخالت دادن بیماران در تصمیم‌گیری‌های مربوط به درمان بیماری‌های مزمن کلیه است (۳۸، ۳۷). کمرر و همکاران (۲۰۰۷) مشارکت فعال بیماران در طراحی هدف برای دستیابی به درمان از طریق مذاکره و همکاری مستمر بیمار با ارائه‌دهندگان مراقبت را از راهکارهای موفق جهت دستیابی به اهداف درمانی در بیماران دیالیزی معرفی کرده است (۳۳). مطالعات بسیار محدودی در زمینه مشارکت بیماران همودیالیزی وجود دارد. مشابه با نتایج این مطالعه، معطری و همکاران (۲۰۱۲) نیز در بررسی تأثیر توانمندسازی از طریق جلسات بحث گروهی نشان دادند که این رویکرد توانمندسازی منجر به بهبود توانایی تصمیم‌گیری جهت دخالت در برنامه درمانی، بهبود کیفیت زندگی و خود کارآمدی در بیماران دیالیزی گردید (۱۳). مشارکت بیمار در مراقبت از خود به‌عنوان یک رویکرد جهت توانمندسازی بیماران همودیالیزی در کنترل مشکلات جسمی به کار گرفته شده است. در همین راستا لشکری و همکاران (۱۳۹۵) بررسی تأثیر مدل مشارکتی بر خستگی بیماران همودیالیز به‌کاربرده و نشان دادند که این رویکرد در کاهش خستگی بیماران مؤثر بود (۳۴). بهبود مشارکت بیماران تحت درمان با همودیالیز در افزایش رضایت بیماران، کاهش هزینه‌ها، ارتقاء کیفیت مراقبت‌های ارائه‌شده مؤثر است. استفاده از بحث گروهی می‌تواند یک روش مؤثر در جهت ارتقاء مشارکت با تیم درمان در بیماران همودیالیزی باشد

مسئله مشارکت مددجویان دیالیزی در مراقبت از خود مستلزم مطالعات بیشتر است. بر اساس نتایج این مطالعه پیشنهاد می‌شود در توانمندسازی بیماران جهت مشارکت از روش‌های فعال ازجمله بحث گروهی استفاده گردد.

اگرچه این مطالعه نیمه تجربی با دو گروه آزمون و شاهد بود و داشتن گروه کنترل اعتبار درونی مطالعه را ارتقاء داد. اما عدم تخصیص تصادفی نمونه‌ها در دو گروه موجب ایجاد محدودیت برای پژوهش شد که خارج از کنترل محقق بود. به‌منظور کاهش دادن اثر متغیرهای مداخله کننده، محقق تلاش کرد تا هر دو گروه آزمون و کنترل از یک شهر انتخاب گردند. همچنین شرایط جسمی و روانی در نوع پاسخ‌دهی بیماران تأثیرگذار بود. لذا تلاش شد پرسشنامه‌ها در زمانی تکمیل گردد که بیماران در شرایط مساعدی قرار داشتند.

تشکر و قدردانی

این مطالعه برگرفته از پایان‌نامه دوره کارشناسی ارشد با شماره مجوز ZUMS.REC.1395.01 از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی زنجان است. بدین‌وسیله، محققین از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زنجان و همکاران محترم بیمارستان ولیعصر و آنانی که ما را در اجرای این طرح یاری نمودند، همچنین از کلیه بیماران همودیالیزی که بدون حضور مشارکت آنان اجرای این طرح میسر نبود، نهایت تشکر و قدردانی می‌نمایند.

References:

1. Chawla LS, Kimmel PL. Acute kidney injury and chronic kidney disease: an integrated clinical syndrome. Kidney Int 2012;82(5): 516-24.

2. Maslom S, Ebrahimi Rigi Tanha H, Sharifipour F, Zerati A. Effect of ice chips on intensity of thirst and fluid intake in patients undergoing

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-03-29]

hemodialysis. Evidence Based Care 2013;3(3): 59-68.

3. Tsai J-C, Chen S-C, Hwang S-J, Chang J-M, Lin M-Y, Chen H-C. Prevalence and risk factors for CKD in spouses and relatives of hemodialysis patients. Am J Kidney Dis 2010;55(5): 856-66.
4. Hasanzadeh F, Shamsoddini S, Moonaghi HK, Ebrahimzadeh S. A comparison of face to face and video-based education on attitude related to diet and fluids adherence in hemodialysis patients. Horizon Med Sci 2011;17(3): 34-43.
5. Grassmann A, Gioberge S, Moeller S, Brown G. ESRD patients in 2004: global overview of patient numbers, treatment modalities and associated trends. Nephrol Dial Transplant 2005;20(12): 2587-93
6. Bradbury BD, Fissell RB, Albert JM, Anthony MS, Critchlow CW, Pisoni RL, et al. Predictors of early mortality among incident US hemodialysis patients in the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). Clin J Am Soc Nephrol 2007;2(1): 89-99.
7. Iran dialysis concersium.iran dialysis salnema.bazyabi shode az www.iranesrd.com/arshive. 2016. (Persian)
8. Rahimi A, Ahmadi F, Gholyaf M. The Effects of continuous care model on depression, anxiety, and stress in patients on hemodialysis. Nephrol Nurs J (2008);35(1): 39.
9. Cole B, Clark DC, Seale JP, Shellenberger S, Lyme A, Johnson JA, et al. Reinventing the reel: an innovative approach to resident skill-building in motivational interviewing for brief intervention. Substance Abuse 2012;33(3): 278-81.
10. Wang A, Ma J. Self management behavior and health-related quality of life In Chinese hemodialysis patients. Chinese J Clin Rehabil 2005;9: 11.
11. Kugler C, Vlaminck H, Haverich A, Maes B. Nonadherence with diet and fluid restrictions among adults having hemodialysis. J Nurs Scholarsh 2005;37(1): 25-9.
12. Richards T, Montori VM, Godlee F, Lapsley P, Paul D. Let the patient revolution begin. BMJ 2013;346:f2614.
13. Carman KL, Dardess P, Maurer M, Sofaer S, Adams K, Bechtel C, et al. Patient and family engagement: a framework for understanding the elements and developing interventions and policies. Health Affairs 2013;32(2): 223-31.
14. Coulter A. The NHS revolution: health care in the market place: What do patients and the public want from primary care? BMJ: BMJ 2005;331(7526): 1199-201.
15. Barry MJ, Edgman-Levitan S. Shared decision making—the pinnacle of patient-centered care. N Engl J Med 2012;366(9): 780-1.
16. Lorig K, Lubeck D, Kraines RG, Seleznick M, Holman HR. Outcomes of self-help education for patients with arthritis. Arthritis Rheumatol 1985;28(6): 680-5.
17. Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. Jama 2002;288(19): 2469-75.
18. Battersby MW, Kit JA, Prideaux C, Harvey PW, Collins JP, Mills PD. Research implementing the Flinders Model of Self-management Support with Aboriginal people who have diabetes: findings from a pilot study. Aust J Prim Health 2008;14(1): 66-74.
19. Delbanco T, Berwick DM, Boufford JI, Ollenschläger G, Plamping D, Rockefeller RG. Healthcare in a land called PeoplePower: nothing about me without me. Health Expect 2001;4(3): 144-50.
20. Millenson ML. Building patient-centeredness in the real world: the engaged patient and the accountable care organization. Washington: Washington, Health Quality Advisors with the National Partnership for Women & Families; 2013.

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-03-29]

21. Grande SW, Faber MJ, Durand M-A, Thompson R, Elwyn G. A classification model of patient engagement methods and assessment of their feasibility in real-world settings. Patient Educ Couns 2014;95(2): 281-7.

22. Pomey M-P, Ghadiri DP, Karazivan P, Fernandez N, Clavel N. Patients as partners: a qualitative study of patients' engagement in their health care. PloS One 2015;10(4): e0122499.

23. Hibbard JH, Greene J. What the evidence shows about patient activation: better health outcomes and care experiences; fewer data on costs. Health affairs. 2013;32(2): 207-14.

24. Fraser SD, Roderick PJ, Casey M, Taal MW, Yuen HM, Nutbeam D. Prevalence and associations of limited health literacy in chronic kidney disease: a systematic review. Nephrol Dial Transplant 2013 Jan;28(1): 129-37.

25. Green JA, Mor MK, Shields AM, Sevick MA, Palevsky PM, Fine MJ, et al. Prevalence and demographic and clinical associations of health literacy in patients on maintenance hemodialysis. Clin J Am Soc Nephrol 2011;6(6): 1354-60.

26. Cavanaugh KL, Wingard RL, Hakim RM, Eden S, Shintani A, Wallston KA, et al. Low health literacy associates with increased mortality in ESRD. J Am Soc Nephrol 2010;21(11): 1979-85.

27. Green JA, Mor MK, Shields AM, Sevick MA, Arnold RM, Palevsky PM, et al. Associations of health literacy with dialysis adherence and health resource utilization in patients receiving maintenance hemodialysis. Am J Kidney Dis 2013;62(1): 73-80.

28. Slesnick N, Pienkos S, Sun S, Doss-McQuitty S, Schiller B. The chronic disease self-management program—A pilot study in patients undergoing hemodialysis. Nephrol News Issues 2015;29(4): 22-3, 27-8, 30-2.

29. Wong LP. Focus group discussion: a tool for health and medical research. Singapore Med J 2003;44(5): 256-60.

30. Pearson A, Wiechula R, Court A, Lockwood C. The JBI model of evidence-based healthcare. Int J Evid Based Healthc. 2005;3(8): 207-15.

31. Forsyth DR, Burnette J. Group processes. 2010 [cited 2017 Sep 4]; Available from: http://scholarship.richmond.edu/jepson-faculty-publications/182/.

32. Li H, Jiang Y-f, Lin C-C. Factors associated with self-management by people undergoing hemodialysis: A descriptive studyInt J Nurs Stud 2014;51(2): 208-16.

33. Kammerer J, Garry G, Hartigan M, Carter B, Erlich L. Adherence in patients on dialysis: strategies for success. Nephrol Nurs J 2007;34(5): 479-86.

34. Lashkar F, Brazparandjani S, Latifi S, Chahkhoei M, Khalili A, Paymard A, et al. The effect of collaborative care model on the fatigue in patients undergoing maitennance hemodialysis. Qom Univ Med Sci J 2016;10(8): 71-9. (Persian)

35. Zhuang G, Tsang AS, Zhou N, Li F, Nicholls J. Impacts of situational factors on buying decisions in shopping malls: an empirical study with multinational data. Eur J Mark 2006;40(1/2): 17-43.

36. Powers MA, Bardsley J, Cypress M, Duker P, Funnell MM, Fischl AH, et al. Diabetes self-management education and support in type 2 diabetes: a joint position statement of the American Diabetes Association, the American Association of Diabetes Educators, and the Academy of Nutrition and Dietetics. The Diabetes Educator 2017;43(1): 40-53.

37. Narva AS, Norton JM, Boulware LE. Educating patients about CKD: the path to self-management and patient-centered care. Clin J Am Soc Nephrol 2015: CJN. 07680715.

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-03-29]

38. Briggs LA, Kirchhoff KT, Hammes BJ, Song M-K, Colvin ER. Patient-centered advance care planning in special patient populations: a pilot study. J Prof Nurs 2004;20(1): 47-58.

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-03-29]

Original Article

THE EFFECT OF GROUP DISCUSSION ON PARTNERSHIP WITH MEDICAL TEAM IN HEMODIALYSIS PATIENTS

Mahjubian A[1], Bahraminezhad N[2], Kamali K[3]

Received: 19 Apr, 2017; Accepted: 22 June, 2017

Abstract

***Background & Aims*:** To improve the quality of care provided to patients with chronic renal failure undergoing hemodialysis, patients' partnership with medical team is essential. Patients' involvement approaches and generally, the patient-centered approaches are resulted in the increase of patient satisfaction, costs reduction and results improvement. Due to the importance of partnership with medical team in patients undergoing hemodialysis treatment, the current study aims to assess the effects of group discussion on partnership with medical team in hemodialysis patient

Materials & Methods: In this study of quasi -experimental clinical trial (with two groups of experimental and control) 60 patients with inclusion criteria through convenience sampling with random allocation were arranged in two experimental and control groups. In the experimental group, the educational intervention to promote partnership with medical team was made in 4 sessions by group discussion. The control group received routine interventions. Data were collected through using standard questionnaire before and 3 months after intervention. Data were analyzed via SPSS software version 18and with the use of chi-square tests, t-test, and Mann-Whitney nonparametric tests such as Wilcoxon test.

Results: The results regarding to demographic and contextual characteristics showed that both experimental and control groups were homogeneous in all variables before intervention ($p>0.05$) except for (age,diagnosis age of renal failure and source of education acquisition about dialysis).The analyzed results through using the Mann-Whitney test, and Wilcoxon test also showed that the mean scores of partnership with the medical team after the implementation of group discussion between the experimental and control groups were significantly different($p<0.001$).

***Conclusion*:** Group discussion was an effective teaching method to promote partnership with the medical team in chronic hemodialysis patients. Therefore, group discussion to reinforce the partnership with the medical team in patients undergoing hemodialysis is recommended by nurses.

Keywords: Group discussion, partnership, hemodialysis patients

Address: Faculty of Nursing and Midwifery, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran
Tel: (+98) 2433148318
Email: bahrami_n@zums.ac.ir

[1] Graduate student of Internal Nursing, Department of Nursing and Midwifery, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran
[2] Ph.D. in Public Health, Social Health Factors Research Center, Assistant Professor, Faculty of Nursing and Midwifery, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran (Corresponding Author)
[3] Ph.D. in Epidemiology, Assistant Professor, School of Health and Paramedicine, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-03-29]