

تبعیت از درمان همودیالیز و رابطه آن با برخی عوامل در بیماران همودیالیزی مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی هاجر (س) شهر کرد

لیلا رفیعی وردنجانی^۱، ندا پروین^{۱*}، غلامرضا محمودی شن^۲، عین الله ملایی^۲، علیرضا شریعتی^۲، سید محمد علی هاشمی نیا^۱

^۱دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران؛ ^۲دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.

تاریخ دریافت: ۹۲/۳/۱۴ تاریخ پذیرش: ۹۲/۶/۱۸

چکیده:

زمینه و هدف: عدم تبعیت از درمان مشکل شایعی در بیماران همودیالیزی است و به عنوان یکی از عوامل پیشرفت بیماری، افزایش شانس بستری و پاسخ نامناسب این بیماران به همودیالیز مطرح می باشد. با توجه به وجود فاکتورهای متعدد موثر بر عدم تبعیت از درمان و اهمیت این تبعیت در کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی، مطالعه حاضر با هدف تعیین وضعیت تبعیت از درمان همودیالیز و رابطه آن با برخی عوامل در بیماران همودیالیزی مراجعه کننده به بیمارستان هاجر (س) شهرکرد انجام شد. روش بررسی: در این مطالعه توصیفی تحلیلی، ۷۱ بیمار واجد شرایط از بین ۱۱۸ بیمار همودیالیزی با روش مبتنی بر هدف انتخاب شدند. اطلاعات دموگرافیک با استفاده از پرسشنامه و اطلاعات آزمایشگاهی و تبعیت از درمان بیماران در مرحله انتهایی نارسایی کلیه (ESRD-AQ) جمع آوری شد. یافته ها: میانگین کلی تبعیت از درمان بیماران $85\% \pm 19\% / 45$ بود. اکثر بیماران در چهار بعد تبعیت از درمان شامل تبعیت از داروهای مورد استفاده (۵۶/۳٪)، رژیم غذایی (۷۸/۹٪)، مایعات (۷۰/۴٪) و برنامه دیالیز (۷۸/۹٪) وضعیت متوسطی داشتند. سن و جنس بیماران با میانگین تبعیت درمان ارتباط معنی داری نشان داد ($P < 0/05$).

نتیجه گیری: بر اساس نتایج این مطالعه، تبعیت از درمان بیماران مورد مطالعه در حد متوسط بود که احتمالاً با ماهیت مزمن بیماری، مشکلات اقتصادی معیشتی و کمبود آگاهی این بیماران مرتبط است؛ بنابراین، توجه بیشتر به علل عدم تبعیت از درمان در بیماران همودیالیزی ضروری می باشد.

واژه های کلیدی: بیمار، تبعیت از درمان، همودیالیز.

مقدمه:

۳۵۷ مورد به ازای هر یک میلیون نفر در سال ۲۰۰۶ افزایش یافته است (۳). انجام همودیالیز موجب تغییر در شیوه زندگی، سلامتی و نقش های بیمار همودیالیزی می شود (۵،۴). یکی از مشکلاتی که در این بیماران گزارش شده عدم تبعیت آنها از درمان می باشد. تبعیت از درمان به معنای رعایت رژیم غذایی، مایعات و داروهای تجویز شده از سوی مراقبین بهداشتی درمانی می باشد (۷،۶). این تبعیت از رژیم غذایی، دارویی و محدودیت مصرف مایعات از اهمیت بسزایی بر خوردار

مرحله انتهایی بیماری کلیوی (End Stage Renal Diseases= ESRD) یک اختلال پیشرونده و غیر قابل برگشت است که در آن توانایی کلیه در دفع مواد زائد متابولیک و حفظ تعادل مایع و الکترولیت ها از بین می رود (۱). مرکز کنترل و پیشگیری (Centers for Diseases Control and Prevention= CDC) بیماری های کلیه را به عنوان نهمین عامل مرگ در آمریکا دانسته است (۲). در ایران میزان شیوع مرحله انتهایی بیماری کلیوی از ۲۳۸ مورد در سال ۲۰۰۰ به

بوده و می تواند نقش مهمی در بهبود سطح سلامت و احساس خوب بودن در بیماران تحت همودیالیز داشته باشد (۹،۸،۶). این در حالی است که عدم تبعیت از رژیم درمانی در بیماران همودیالیزی شایع است. در مطالعه ای در عمان (۲۰۱۱) در مطالعه خود میزان عدم تبعیت از درمان بیماران همودیالیزی را مورد بررسی قرار دادند. در این مطالعه در حدود ۵۰٪ از بیماران محدودیت مایعات و ۴۴٪ از آنها برخی از جنبه های رژیم غذایی را رعایت نمی کردند (۱۰). در این مطالعه از شاخص های آزمایشگاهی و اضافه وزن بین دو جلسه دیالیز بعنوان ملاک عدم تبعیت از درمان استفاده شده بود. در پژوهشی دیگر نیز در مطالعه خود میزان عدم تبعیت از مایعات را ۵۶٪ گزارش نموده و به ترتیب ۲۵/۵ درصد، ۵/۵ درصد و ۴/۵ درصد بیماران دارای سطح فسفر، پتاسیم و نیتروژن اوره خون بیش از محدوده نرمال بودند که این آزمایشات به عنوان معیار عدم تبعیت از رژیم غذایی بیماران در نظر گرفته شده است (۱۱).

مطالعات انجام شده در خصوص عدم تبعیت از درمان به شکل مستقیم و غیر مستقیم وضعیت تبعیت از درمان را مورد بررسی قرار داده اند و روش های عینی شناخته شده ای برای آن وجود دارد (۷،۶). یکی از این روش ها اندازه گیری سطح نیتروژن اوره خون است که نشان دهنده میزان مصرف پروتئین، سطح پتاسیم میزان مصرف پتاسیم و سطح فسفات است و حاکی از میزان تبعیت از رژیم غذایی و دارویی بیماران می باشد. به علاوه افزایش وزن بین دو جلسه دیالیز نشان دهنده میزان مایعات مصرفی بیمار است (۸،۶)، این عدم تبعیت از درمان باعث بروز مشکلات عدیده ای برای بیماران می گردد، از جمله عدم تبعیت از رژیم غذایی حاوی پتاسیم منجر به ایست قلبی و مرگ بیماران (۱۲) و عدم تبعیت از رژیم مایعات منجر به افزایش وزن بین دو جلسه دیالیز و بروز عوارضی مانند گرفتگی عضلانی، کوتاهی تنفس، سرگیجه، اضطراب، نگرانی، ادم ریه و نارسایی قلبی و افزایش شدید فشار خون می شود

روش بررسی:

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی - تحلیلی بود که در معاونت تحقیقات فناوری دانشگاه علوم پزشکی گلستان در سال ۱۳۹۲ مورد تصویب قرار گرفت. جامعه آماری مطالعه را بیماران همودیالیزی مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی هاجر شهرکرد تشکیل می دادند. نمونه گیری به روش مبتنی بر هدف انجام شد، بدین ترتیب که بیماران واجد شرایط بر اساس معیارهای ورود و خروج انتخاب و در مطالعه شرکت نمودند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: سن بین ۱۸ تا ۷۵ سال، حداقل سواد خواندن و نوشتن، عدم ابتلا به عقب ماندگی ذهنی و تمایل به شرکت در مطالعه بود. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل فوت بیمار یا انتقال بیمار به هر دلیلی به مرکز همودیالیز دیگر بود. بنابراین از تعداد کل بیماران مراجعه کننده به مرکز همودیالیز بیمارستان هاجر شهرکرد که در سال ۱۳۹۲، ۱۱۸ نفر بود ۷۱ نفر واجد شرایط شرکت در مطالعه شدند. اطلاعات بیماران پس از کسب رضایت نامه آگاهانه و توضیح اهداف مطالعه،

به کمک پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، پارامترهای آزمایشگاهی و پرسشنامه تبعیت از درمان بیماران مرحله انتهایی نارسایی کلیه (ESRD-AQ) (۱۶) مورد بررسی قرار گرفت. پرسشنامه به وسیله پژوهشگر برای بیماران تکمیل شد. کلیه پارامترهای آزمایشگاهی مانند سدیم، پتاسیم، کراتینین، نیتروژن اوره خون، هموگلوبین، فسفر، کلسیم، آلبومین و آلکالین فسفاتاز به شکل ماهانه و روتین جهت بیماران همودیالیزی کنترل و در پرونده آنها ثبت می شد که در این مطالعه از اطلاعات موجود در پرونده بیماران استفاده گردید.

پرسشنامه (ESRD-AQ) شامل ۵ بخش اصلی است که بخش اول شامل اطلاعات عمومی (۵ سوال)، بخش دوم پذیرش درمان با همودیالیز (۱۴ سوال)، بخش سوم ۹ سوال در ارتباط با پذیرش درمان دارویی، بخش چهارم ۱۰ سوال در محدودیت مایعات و بخش پنجم ۸ سوال در ارتباط با رژیم غذایی توصیه شده می باشد. نمره کل تبعیت از درمان حاصل جمع امتیازات این ۵ قسمت می باشد. کمترین نمره پرسشنامه صفر و بیشترین امتیاز کسب شده ۱۲۰۰ پیش بینی شد. کسب نمره بالاتر در این پرسشنامه نشان دهنده تبعیت بهتر از درمان بود که بر اساس طیف لیکرتی نهایتاً دسته بندی شد. همانند مطالعه کیم یک انحراف معیار بالاتر و پایین تر از میانگین در تبعیت از درمان کلی و ابعاد آن به عنوان سطح تبعیت از درمان متوسط، نمرات پایین تر از آن به عنوان تبعیت از درمان ضعیف و نمرات بالاتر به عنوان تبعیت از درمان خوب در نظر گرفته شد (۱۶). پرسشنامه مذکور در ابتدا به زبان فارسی روان ترجمه شد و سپس با اصول forward and backward از نظر محتوایی، به وسیله یک فرد مسلط به زبان فارسی و انگلیسی (Bilingual) از فارسی به انگلیسی ترجمه شد. سپس دو نسخه با هم مقایسه گردید که با یکدیگر مغایرتی نداشته باشند. به منظور کسب اطمینان از روایی صوری ابزار، پرسشنامه به وسیله ۱۰ نفر از بیماران همودیالیزی که از نظر سطح سواد در حد جامعه مورد پژوهش بودند تکمیل گردید و از آنها خواسته شد در صورتی که گویه های پرسشنامه دچار اشکال در فهم است و

یا ابهام داشته و قابل درک نمی باشد و یا جملاتی دشوار دارد نظرات خود را بنویسند. سپس پرسشنامه حاصل به منظور تایید محتوا بوسیله پانزده نفر متخصص در حوزه بیماران با نارسایی مزمن کلیه و همودیالیزی به شیوه کیفی و کمی مورد بازبینی قرار گرفت و به این ترتیب نسبت روایی محتوا (Content Validity Index = CVI) محاسبه گردید. نمره روایی محتوای کل برای گویه های پرسشنامه ۰/۹۸ محاسبه شد که از نظر اعتبار محتوایی نمره مطلوبی می باشد. پایایی پرسشنامه بعد از پر کردن پرسشنامه توسط ۱۰ بیمار همودیالیزی به فاصله زمانی ۲ هفته با آزمون مجدد ۰/۸۵ محاسبه شد که پایایی قابل قبول بود. بعلاوه پایایی پرسشنامه اصلی براساس مطالعه Kim و همکاران با آزمون مجدد ۰/۸۳ اعلام گردیده است (۱۶). این پرسشنامه در مطالعه ای دیگر با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۵ مورد استفاده قرار گرفته است (۱۷) ولی به علت در دسترس نبودن مقاله در زمان طراحی مطالعه این پرسشنامه مورد روایی و پایایی قرار گرفت.

با توجه به نتیجه آزمون کلموگراف اسمیرنوف داده ها از توزیع نرمال برخوردار بوده و لذا داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS16 و آزمون های پارامتریک مانند تی استیودنت و همبستگی پیرسون تجزیه و تحلیل شدند. در این مطالعه سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها:

تعداد کل بیماران مراجعه کننده به مرکز همودیالیز بیمارستان هاجر شهر کرد ۱۱۸ نفر بود که از این تعداد ۳۵ نفر (۲۹/۶۶٪) سن بیش از ۷۵ سال داشته و ۸ نفر (۶/۷۷٪) به عقب ماندگی ذهنی مبتلا بوده و یا در برقراری ارتباط ناتوان بودند و از مطالعه خارج شدند. از ۷۵ نفر بیمار باقی مانده نیز، ۴ نفر تمایل به شرکت در مطالعه نشان ندادند.

در این مطالعه، میانگین سنی بیماران $53/85 \pm 15/68$ سال بود که از این تعداد ۵۹/۲٪ مرد و ۴۰/۸٪ زن و متوسط سال های دیالیز آنها $4/21 \pm 5/05$ سال بود. ۸۳/۳٪ بیماران متاهل و ۱۶/۷٪ آنها مجرد بودند.

۶۹/۷٪ این بیماران دارای تحصیلات زیر دیپلم، ۲۵/۸٪ آنها دارای دیپلم و ۴/۵٪ آنها دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. شایع ترین علت نارسایی کلیه در این بیماران به ترتیب دیابت (۴۷٪)، فشار خون (۳۳/۳٪)، گلو مرونفریت (۹/۱٪) و سایر علل (۱۰/۶٪) مانند کلیه پلی کیستیک و یا بیماری های ژنتیکی بود. ۱۰/۶٪ از این بیماران سابقه دیالیز صفاقی و ۱۹/۷٪ این بیماران سابقه پیوند کلیه داشتند. ۸۷/۹٪ بیماران دارای وضعیت اقتصادی ضعیف (درآمد ماهانه کمتر از ۵۰۰ هزار تومان) و مابقی (۱۲/۱٪) دارای سطح اقتصاد متوسط (درآمد ماهانه بین ۵۰۰ تا ۸۰۰ هزار تومان) بودند.

بیماران اضافه وزن بیش از ۲۵۰۰ گرم داشتند. در این مطالعه، ۶۱/۹۷٪ از بیماران همودیالیزی از داروهای قلبی، ۴۲/۹٪ از فسفات بایندها، ۱۲/۶۷٪ داروها کنترل کننده چربی خون و ۲۸/۱۶٪ داروهای کنترل کننده دیابت استفاده می کردند.

وضعیت تبعیت از درمان اکثر بیماران در ابعاد مختلف در سطح متوسط بود به نحوی که تبعیت از داروی تجویز شده (۵۶/۳٪)، رژیم غذایی (۷۸/۹٪)، محدودیت مایعات (۷۰/۴٪)، برنامه دیالیز (۷۸/۹٪) و تبعیت کلی بیماران (۷۷/۴۸٪) بدست آمد (جدول شماره ۲).

نتایج مطالعه نشان داد که ۹۸/۶٪ بیماران نیتروژن اوره خون و ۱۰۰٪ آنها کراتینین سرم بیش از حد نرمال داشتند. به علاوه ۴۹/۳٪ بیماران پتاسیم بالاتر از محدوده نرمال داشتند. در ۵۷/۷٪ بیماران سطح فسفر سرم بالاتر از حد نرمال بود. ۷۹/۳٪ بیماران زن و ۱۰۰٪ بیماران مرد دچار کم خونی بودند. ۹۸/۶٪ بیماران نیز دارای کلسیم پایین تر از حد نرمال بودند. میانگین شاخص های آزمایشگاهی بیماران در جدول شماره یک آورده شده است.

آزمون آماری پرسون نشان داد که با افزایش سن میزان تبعیت از برنامه دیالیز به شکل معناداری ارتباط داشته و افزایش یافته بود ($P=0/042$ و $t=0/248$). از طرفی آزمون آماری تی مستقل نشان داد که در چهار بعد تبعیت کلی از درمان، تبعیت از برنامه دیالیز، رژیم غذایی و دارویی زنان وضعیت تبعیت مناسب تری نسبت به مردان داشته ولی وضعیت تبعیت از مایعات در مردان بهتر گزارش شد ($P<0/001$) (جدول شماره ۳). بین سایر متغیرهای فردی مانند تعداد سال های دیالیز، تحصیلات و علت ابتلا به نارسایی کلیه و تبعیت از درمان رابطه معنادار آماری مشاهده نشد ($P>0/05$).

میانگین وزن خشک بیماران مورد مطالعه $63/64 \pm 13/89$ کیلوگرم و میانگین اضافه وزن بین دو جلسه دیالیز آنها $30/33/8 \pm 1537/24$ گرم بود و $88/7$ ٪

جدول شماره ۱: میانگین شاخص های آزمایشگاهی در بیماران همودیالیزی مورد مطالعه

شاخص آزمایشگاهی	میانگین و انحراف معیار	حداقل	حداکثر
هموگلوبین	$10/42 \pm 1/7$	۴/۵	۱۳
سدیم	$141/7 \pm 3/78$	۱۳۲	۱۵۰
پتاسیم	$4/94 \pm 0/55$	۳/۹	۶/۴
فسفر	$5/16 \pm 1/56$	۳/۹	۹
کراتینین	$6/36 \pm 1/69$	۳/۱	۱۰/۵
نیتروژن اوره خون (BUN)	$69/21 \pm 21/84$	۱۵	۱۲۲
کلسیم	$8/84 \pm 0/69$	۴/۷	۹/۷
آلبومین	$5/05 \pm 0/66$	۳/۵	۶/۵
آکالین فسفاتاز	$339/85 \pm 316/94$	۶۸	۲۵۵۰

جدول شماره ۲: وضعیت تبعیت از درمان بیماران در ابعاد مختلف

تبعیت خوب	تبعیت متوسط	تبعیت ضعیف	
۲۰ (%۲۸/۲)	۴۰ (%۵۶/۳)	۱۱ (%۱۵/۵)	تبعیت از رژیم دارویی
۸ (%۱۱/۳)	۵۰ (%۷۰/۴)	۱۳ (%۱۸/۳)	تبعیت از مایعات
۴ (%۵/۶)	۵۶ (%۷۸/۹)	۱۱ (%۱۵/۵)	تبعیت از رژیم غذایی
صفر	۵۶ (%۷۸/۹)	۱۵ (%۲۱/۱)	تبعیت از دیالیز
۷ (%۹/۸۵)	۵۵ (%۷۷/۴۸)	۹ (%۱۲/۶۷)	تبعیت درمان کلی

جدول شماره ۳: وضعیت تبعیت از درمان بیماران در ابعاد مختلف با توجه به جنسیت

سطح معنی داری	میانگین و انحراف معیار کل	میانگین و انحراف معیار (بیمار مرد)	میانگین و انحراف معیار (بیمار زن)	
P<۰/۰۰۱	۱۳۵/۲۱±۶۴/۵۸	۱۳۲/۱۴±۷۱/۴۱	*۱۳۹/۶۶±۵۴/۰۸	تبعیت از رژیم دارویی
P<۰/۰۰۱	۱۱۹/۰۱±۵۳/۰۲۷	*۱۱۳/۱±۴۹/۴۵	۱۲۷/۵۹±۵۷/۶۱	تبعیت از مایعات
P<۰/۰۰۱	۱۰۵±۵۹/۵۶	۱۰۳/۶۶±۶۱/۶۳	*۱۰۶/۹±۵۶/۲۵	تبعیت از رژیم غذایی
P<۰/۰۰۱	۴۹۹/۳۲±۱۲۲/۲۱	۴۸۵/۱۴±۱۲۵/۱۶	*۵۱۹/۸۶±۱۱۶/۸۹	تبعیت از دیالیز
P<۰/۰۰۱	۸۵۸/۶±۱۹۲/۴۵	۸۳۳/۵۶±۱۹۶/۵۷	*۸۹۴±۱۸۴/۰۱	تبعیت درمان کلی

* در چهار بعد تبعیت کلی از درمان، تبعیت از برنامه دیالیز، رژیم غذایی و دارویی زنان وضعیت تبعیت مناسب تری نسبت به مردان داشته ولی وضعیت تبعیت از مایعات در مردان بهتر گزارش شد (P<۰/۰۰۱)

بحث:

۶۸/۱٪ بیماران دارای عدم تبعیت از مایعات به شکل خفیف تا بسیار شدید بودند (۱۹). در مطالعه ای دیگر نیز میزان عدم تبعیت از رژیم غذایی و مایعات را در بیماران دیالیزی تحت مطالعه خود به ترتیب ۱۸/۴٪ و ۲۵/۱٪ گزارش کردند (۲۰). این تفاوت در نتایج مطالعات در ارتباط با عدم تبعیت از درمان، با توجه به وضعیت اقتصادی و محرومیت و شرایط زندگی مردم منطقه و هزینه های جانبی این بیماران مانند رفت و آمد جهت انجام همودیالیز، ناتوانی در اشتغال موثر، ابتلا به بیماری های همراه و هم چنین استفاده از روش های مختلف ارزیابی سطح تبعیت از درمان بیماران در مطالعات مختلف قابل توجه است.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بیش از نیمی از بیماران شرکت کننده در مطالعه از داروهای قلبی (۶۱/۹۷٪) و نزدیک به نیمی از آنها (۴۲/۹٪) نیز از

در این مطالعه اکثر بیماران در تمام ابعاد تبعیت از درمان شامل دارو، رژیم غذایی، مایعات، دیالیز و تبعیت کلی وضعیت متوسطی داشتند و در چهار بعد تبعیت کلی از درمان، تبعیت از برنامه دیالیز، رژیم غذایی و دارویی زنان وضعیت تبعیت مناسب تری نسبت به مردان داشته ولی وضعیت تبعیت از مایعات در مردان بهتر گزارش شد. در تحقیقی نیز ۵۶٪ از بیماران از رژیم مایعات تبعیت نمی کردند. در مطالعه ای دیگر که در ایتالیا انجام شد مشاهده کردند که در اکثر بیماران میزان پذیرش رژیم درمان دارویی بسیار ضعیف است (۱۸). در پژوهشی نیز میزان تبعیت کلی از درمان در بیماران دیالیزی در حد متوسط بوده که با یافته های مطالعه حاضر هم راستا می باشد (۱۷). در تحقیقی که در سال ۲۰۰۷ انجام شد دریافتند که ۵۸/۱٪ بیماران دارای عدم تبعیت از رژیم غذایی به شکل خفیف تا بسیار شدید و

فسفات بایندها استفاده می کردند. در تحقیقی نیز که در سال ۲۰۱۳ انجام شد نشان دادند که ۵۶/۶٪ از بیماران همودیالیزی از درمان های دارویی خوراکی مانند داروهای ضد فشار خون و فسفات بایندها استفاده می کنند (۲۱). ۵۶/۳٪ از بیماران مورد بررسی در مطالعه حاضر در حد متوسط از داروی تجویز شده تبعیت می کردند. در یک مطالعه مروری گزارش شد که در ۳۴٪ مطالعه مورد بررسی ۴۷٪-۲۲٪ از بیماران (میانگین ۵۱٪)، از رژیم دارویی فسفات بایندها تبعیت نمی کردند (۲۲). این یافته احتمالاً ناشی از پیچیدگی دستور مصرف داروها و نگرش نامناسب نسبت به اثرات درمانی آنهاست.

در این مطالعه ۸۸/۷٪ بیماران اضافه وزن بین جلسات همودیالیز بیش از حد طبیعی داشتند. بعلاوه ۴۹/۳٪ بیماران پتاسیم و ۵۷/۷٪ آنها سطح فسفر سرم و ۹۸/۶٪ بیماران BUN بالاتر از محدوده طبیعی داشتند. نتایج حاصل از مطالعه Gerbino (۲۰۱۱) در پرتغال نشان داد که ۱۶/۴٪ بیماران پتاسیم، ۳۰/۲٪ بیماران فسفر و ۷/۵٪ بیماران اضافه وزن بیش از حد معمول در بین دو جلسه دیالیز داشتند (۲۳). در پژوهشی نیز نشانگرهای آزمایشگاهی نیتروژن اوره خون، پتاسیم و فسفات به ترتیب در ۴/۵ درصد، ۵/۵ درصد و ۲۵/۵ درصد از بیماران بالاتر از سطح مورد انتظار بود (۱۱). این تفاوت یافته ها احتمالاً به دلیل تفاوت در وضعیت فرهنگی، محرومیت منطقه، سطح سواد، آگاهی، میزان آموزش های ارائه شده توسط کادر درمان و عدم تبعیت از درمان می باشد. به علاوه در مطالعه حاضر مانند مطالعه رامبد بین نشانگرهای بالینی و آزمایشگاهی با سایر متغیرها، یعنی سن، جنس، وضعیت تاهل و طول مدت دیالیز ارتباط معنی داری مشاهده نشد ($P > 0.05$) (۱۱).

میانگین هموگلوبین این بیماران 10.42 ± 1.07 بود که از این بین ۷۹/۳٪ بیماران زن و ۱۰۰٪ بیماران مرد دچار کم خونی بودند. نتایج حاصل از پژوهش با مطالعه ای که در سال ۲۰۰۸ در ایران انجام شد همسو می باشد به طوری که میانگین هموگلوبین بیماران مورد مطالعه وی 10.14 ± 2 گرم در دسی لیتر محاسبه شد (۲۴).

در این مطالعه با افزایش سن، میزان تبعیت از برنامه دیالیز به شکل معنا داری افزایش یافته بود ($P = 0.042$ و $r = 0.248$) از طرفی در چهار بعد تبعیت کلی از درمان، تبعیت از برنامه دیالیز، رژیم غذایی و دارویی زنان وضعیت تبعیت مناسب تری نسبت به مردان داشتند در حالی که وضعیت تبعیت از مایعات در مردان بهتر بود ($P < 0.001$). بین سایر متغیرهای فردی مانند تعداد سال های دیالیز، تحصیلات و علت ابتلا به نارسایی کلیه و تبعیت از درمان رابطه معنادار آماری مشاهده نشد ($P > 0.05$). در مطالعه ای دیگر نیز بین متغیرهای جمعیت شناختی همچون سن، جنس و وضعیت تاهل با رفتار تبعیت از درمان ارتباط معنی داری مشاهده گردید (۱۷) که با یافته های مطالعه حاضر هم راستا می باشد. به نظر می رسد با افزایش سن وضعیت تبعیت از درمان بیماران بهتر شده و زنان در اکثر ابعاد وضعیت تبعیت از درمان بهتری داشتند که این یافته با وضعیت فرهنگی و عادات غذایی مردم منطقه و وضعیت اشتغال مردان قابل توجیه است.

نتیجه گیری:

نتایج این مطالعه نشان می دهد تبعیت از درمان بیماران همودیالیزی مراجعه کننده به مرکز همودیالیز بیمارستان هاجر (س) شهرکرد در حد متوسط است که احتمالاً به ماهیت مزمن بیماری، مشکلات اقتصادی معیشتی و کمبود آگاهی این بیماران مرتبط می باشد. این امر لزوم توجه بیشتر به مشکلات و ریشه های این عدم تبعیت و مداخلات مناسب برای بهبود آن را مطرح می نماید. با این حال با توجه به محدودیت تعداد بیماران همودیالیزی مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی هاجر شهرکرد، انجام مطالعه با حجم نمونه بیشتر و به شکل مقایسه ای در مراکز مختلف همودیالیز پیشنهاد می گردد. به علاوه پیشنهاد می شود مطالعات به صورت مداخله ای با کمک متخصصین بین رشته ای و با توجه به عوامل موثر در تبعیت از درمان انجام شود

کاربرد یافته های پژوهش در بالین:

با توجه به جمعیت کثیر بیماران همودیالیز و مبتلا به نارسایی مزمن کلیه در جامعه و همچنین مادام العمر بودن این روش درمانی برای این بیماران، یافتن عوامل موثر بر عدم تبعیت از درمان بیماران همودیالیزی می تواند به عنوان راهکاری در ارتقاء کیفیت زندگی این بیماران استفاده شود.

تشکر و قدردانی:

این مقاله منتج از پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری مصوب دانشگاه علوم پزشکی گلستان با کد اخلاق ۳۵۶۱۹۱۱۲۲۷۲۱ می باشد که با حمایت مالی معاونت تحقیقات و فناوری این دانشگاه انجام شده است. نویسندگان مراتب تقدیر و تشکر خود را از پرسنل پرستاری و بیماران همودیالیزی بیمارستان هاجر شهرکرد^(س) اعلام می نمایند.

منابع:

1. Surrena H. Handbook for Brunner and Suddarth's Textbook of Medical-surgical Nursing: Lippincott Williams & Wilkins; 2009:1326-1334.
2. System(USRDS) USRD. ESRD incidence & prevalence.[internet]cited[2014]: available from: http://www.usrds.org/2007/pdf/02_incid_prev_07.pdf 201] updated Retrieved February 16,2011]. Available from: http://www.usrds.org/2007/pdf/02_incid_prev_07.pdf.
3. Mahdavi-Mazdeh M, Zamani M, Zamyadi M, Rajolani H, Tajbakhsh K, Heidary Rouchi A, et al. Hemodialysis cost in Tehran, Iran. Hemodialysis international International Symposium on Home Hemodialysis. 2008; 12(4): 492-8.
4. Kaba E, Bellou P, Iordanou P, Andrea S, Kyritsi E, Gerogianni G, et al. Problems experienced by haemodialysis patients in Greece. British Journal of Nutrition .2007; 16(14): 868-72.
5. Al-Arabi S. Quality of life: subjective descriptions of challenges to patients with end stage renal disease. Nephrology Nursing Journal. 2006; 33(3): 285-92
6. Takaki J, Yano E. Possible gender differences in the relationships of self-efficacy and the internal locus of control with compliance in hemodialysis patients. Behavioral medicine (Washington, DC). 2006; 32(1): 5-11.
7. Kaveh K, Kimmel PL. Compliance in hemodialysis patients: multidimensional measures in search of a gold standard. American journal of kidney diseases: the official journal of the National Kidney Foundation. 2001; 37(2): 244-66.
8. Takaki J, Nishi T, Shimoyama H, Inada T, Matsuyama N, Sasaki T, et al. Possible variances of blood urea nitrogen, serum potassium and phosphorus levels and interdialytic weight gain accounted for compliance of hemodialysis patients. Journal of Psychosomatic Research. 2003; 55(6): 525-9.
9. Denhaerynck K, Manhaeve D, Dobbels F, Garzoni D, Nolte C, De Geest S. Prevalence and consequences of nonadherence to hemodialysis regimens American Journal of Critical CARE . an official publication, American Association of Critical-Care Nurses. 2007; 16(3): 222-35.
10. Khalil AA, Frazier SK, Lennie TA, Sawaya BP. Depressive Symptoms and Dietary Adherence in Patients with End-Stage Renal Disease. Journal of renal care. 2011; 37(1): 30-9.
11. Rambod M, Peyravi H, Shokrpour N, Sareban MT. Dietary and fluid adherence in Iranian hemodialysis patients. The Health Care Manager Journal. 2010; 29(4): 64-359.
12. Lee SH, Molassiotis A. Dietary and fluid compliance in Chinese hemodialysis patients. International Journal of Nursing Study. 2002; 39(7): 695-704.
13. Pang SK, Ip WY, Chang AM. Psychosocial correlates of fluid compliance among Chinese haemodialysis patients. Journal of Advanced Nursing. 2001; 35(5): 691-8.
14. Schneider MS, Friend R, Whitaker P, Wadhwa NK. Fluid noncompliance and symptomatology in end-stage renal disease: cognitive and emotional variables. Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychology Association. 1991; 10(3): 209-15.

15. Vaiciuniene R, Kuzminskis V, Ziginiskiene E, Skarupskiene I, Bumblyte IA. Adherence to treatment and hospitalization risk in hemodialysis patients. *Journal of Nephrology*. 2012; 25(5): 672-8.
16. Kim Y, Evangelista LS, Phillips LR, Pavlish C, Kopple JD. The End-Stage Renal Disease Adherence Questionnaire (ESRD-AQ): testing the psychometric properties in patients receiving in-center hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*. 2010; 37(4):377-393.
17. Khalili F, Eslami AA, Farajzadeghan Z, Hasan Zadeh A. The Association between Social-Psychological Factors and Treatment Adherence Behaviors among Maintenance Hemodialysis Patients in Isfahan, Iran: A Conceptual Framework based on Social Cognitive Theory. *Health System Research*. 2011; 7(3): 278-290.
18. Neri L, Martini A, Andreucci VE, Gallieni M, Rocca Rey L, Brancaccio D. Regimen Complexity and Prescription Adherence in Dialysis Patients. *American Journal of Nephrology*. 2011; 34(1): 71-6.
19. Kara B, Caglar K, Kilic S. Nonadherence with diet and fluid restrictions and perceived social support in patients receiving hemodialysis. *Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing / Sigma Theta Tau*. 2007; 39(3): 243-8.
20. Kugler C, Vlamincck H, Haverich A, Maes B. Nonadherence with diet and fluid restrictions among adults having hemodialysis. *Journal of Nursing Scholarship*. 2005; 37(1): 25-9.
21. García-Llana H, Remor E, Selgas R. Adherence to treatment, emotional state and quality of life in patients with end-stage renal disease undergoing dialysis. *Psicothema*. 2013; 25(1): 86-97.
22. Karamanidou C, Clatworthy J, Weinman J, Horne R. A systematic review of the prevalence and determinants of nonadherence to phosphate binding medication in patients with end-stage renal disease. *BMC nephrology journal*. 2008; 9: 2.
23. Gerbino G, Dimonte V, Albasi C, Lasorsa C, Vitale C, Marangella M. [Adherence to therapy in patients on hemodialysis]. *Giornale italiano di nefrologia: organo ufficiale della Societa italiana di nefrologia*. 2011; 28(4): 416.
24. Mahdavi-Mazdeh M, Zamyadi M, Nafar M. Assessment of management and treatment responses in haemodialysis patients from Tehran province, Iran. *Nephrology, dialysis, transplantation : official publication of the European Dialysis and Transplant Association - European Renal Association*. 2008; 23(1): 288-93.

Adherence to hemodialysis treatment and some related factors in hemodialysis patients admitted in Shahrekord Hajar Hospital

Rafiee-Vardanjani L¹, Parvin N^{1*}, Mahmoodi Shan GHR², Molaie E², Shariati AR², Hasheminia SMA¹

¹ Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, I.R. Iran;

² Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, I.R. Iran.

Received: 4/Jun/2013

Accepted: 9/Sep/2013

Background and aims: Non-adherence to treatment is a common problem among hemodialysis patients and was considered as a responsible factor in patients deteriorating, increasing admission chance and inappropriate responding to hemodialysis treatment. Regarding to multiple factors related to non-adherence to hemodialysis treatment and its importance in patients' quality of life, this study aimed to determine the treatment adherence condition among hemodialysis patients referred to Hajar Hospital, Shahrekord, Iran.

Methods: In this descriptive analytic study, 71 hemodialysis eligible patients among 118 hemodialysis patients who referred to Hajar Hospital in Shahrekord, were selected according to goals center sampling method. The data were gathered by demographic, laboratory and end-stage renal disease adherence questionnaire (ESRD-AQ).

Results: The mean score of adherence to hemodialysis treatment was 858.60 ± 192.45 . Majority of patients had moderate adherence to hemodialysis treatment in four adherence dimension: medication (56.3%), diet (78.9%), fluid restriction (70.4%), and hemodialysis schedule (78.9%). Intradialytic weight gain was abnormal in 88.7% of patients. Furthermore, age and gender of patients had significant relationship with treatment adherence ($P < 0.05$).

Conclusion: Regarding to finding of this study, treatment adherence condition in hemodialysis patients referred to Hajar Hospital in Shahrekord is moderate and probably related to chronic nature, economic problem and their knowledge deficit of them. Therefore, paying more attention to causes of non-adherence to treatment in hemodialysis patients is necessary.

Cite this article as: Rafiee-Vardanjani L, Parvin N, Mahmoodi Shan GHR, Molaie E, Shariati AR, Hasheminia SMA. Adherence to hemodialysis treatment and some related factors in hemodialysis patients admitted in Shahrekord Hajar Hospital. Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2013; 2 (4): 17-25.

***Corresponding author:**

Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, I.R. Iran. TeL:00983813335648,
E-mail: np285@yahoo.com