بررسی ارتباط برخی عوامل روانی– اجتماعی با رفتارهای تبعیت از درمان بیماران همودیالیز شهر اصفهان: چارچوبی مفهومی بر اساس تئوری شناختی– اجتماعی*

فاطمه خلیلی[۱]، احمدعلی اسلامی[۲]، زیبا فرج‌زادگان[۳]، اکبر حسن‌زاده[۴]

چکیده

مقدمه: حفظ سلامت بیماران تحت همودیالیز بستگی به تبعیت از توصیه‌های درمانی دارد. عدم تبعیت درمانی این بیماران، به صورت مستقیم با پیامدهای بالینی وخیم‌تر مرتبط می‌باشد. هدف از پژوهش حاضر، شناسایی روابط بین افسردگی، حمایت اجتماعی درک شده، خودکارامدی و تعامل بیمار با پرسنل درمانی با رفتارهای تبعیت از درمان در بیماران همودیالیز بر اساس تئوری شناختی-اجتماعی بود.

روش‌ها: مطالعه حاضر مقطعی است و بر روی ۱۶۰ بیمار مراکز همودیالیز شهر اصفهان انجام شد. شیوه نمونه‌گیری، تصادفی منظم و متناسب با حجم بود. ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل پرسش‌نامه افسردگی Beck، مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده، راهبردهای ارتقای سلامتی، ابزار سنجش تعامل بیمار- پرسنل درمان و پرسش‌نامه خود گزارش‌دهی رفتارهای تبعیت درمانی بود. اطلاعات گردآوری شده توسط آزمون‌های توصیفی و همبستگی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: ۶۰/۶ درصد از افراد مورد مطالعه مرد بودند. میانگین سنی افراد مورد مطالعه ۱۵/۰۴ ± ۵۱/۹۵ بود. میانگین نمره کل رفتارهای تبعیت از درمان ۲۰۱/۶۴ ± ۸۶۱/۴۸ در دامنه (۱۲۰۰-۰) به دست آمد. بین عوامل روانی–اجتماعی مورد بررسی با رفتارهای کل تبعیت از درمان ارتباطی مشاهده نشد اما بین این عوامل با زیرمقیاس‌های رفتاری، ارتباط معنی‌دار مشاهده گردید ($P < ۰/۰۵$). همه این عوامل با نمره درک از اهمیت رفتار ارتباط معنی‌دار داشتند ($P < ۰/۰۰۱$). بین متغیرهای جمعیت‌شناختی همچون سن، جنس و وضعیت تأهل با مقیاس و زیرمقیاس رفتار تبعیت درمان ارتباط معنی‌دار مشاهده گردید ($P < ۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج به دست آمده به نظر می‌رسد متغیرهای روانی–اجتماعی مورد مطالعه از طریق نقش واسطه‌ای عامل درک از اهمیت رفتار بر رفتار پیامد مؤثرند که لزوم توجه بیشتر به این عامل در مطالعات آتی و طراحی مداخلات مبتنی بر تئوری احساس می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: عوامل روانی-اجتماعی، رفتار تبعیت درمانی، درک از رفتار تبعیت درمان، بیماران همودیالیز، تئوری شناختی–اجتماعی.

نوع مقاله: *تحقیقی*

دریافت مقاله: ۹۰/۲/۲۰ *پذیرش مقاله: ۹۰/۴/۱*

مقدمه

یکی از بیماری‌های مزمنی که در سراسر جهان یک مشکل سلامت عمومی به حساب می‌آید، نارسایی مزمن مرحله آخر کلیوی (End Stage Renal Disease یا ESRD) است (۱) که یک اختلال پیشرونده و غیر قابل برگشت می‌باشد. در این حالت توانایی کلیه در دفع مواد زاید متابولیک و حفظ مایع و

---

* این مقاله حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد مصوب به شماره ۳۸۹۴۷۹ در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد.

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد، کمیته تحقیقات دانشجویی، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۲. استادیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. (نویسنده مسؤول)

Email: eslamiaa@gmail.com

۳. دانشیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۴. مربی، مرکز تحقیقات امنیت غذایی و گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

www.mui.ac.ir

الکترولیت‌ها از بین می‌رود. این امر منجر به تشکیل اوره و مواد سمی دیگر در خون می‌گردد (۲). در حال حاضر رایج‌ترین روش درمان ESRD در سراسر دنیا، درمان با همودیالیز است (۳).

شیوع بیماری ESRD در جهان ۲۴۲ مورد در یک میلیون نفر جمعیت است که سالانه حدود ۸ درصد به این میزان اضافه می‌شود و بروز آن در کشورهای مختلف، متغیر است (۴). برای نمونه، در ایالات متحده میزان بروز و شیوع نارسایی کلیه در حال افزایش است؛ به طوری که شمار کسانی که پیوند کلیه انجام دادند یا در حال انجام دیالیز می‌باشند، از ۳۴۰ هزار نفر در سال ۱۹۹۹ به ۶۵۱ هزار نفر در سال ۲۰۱۰ رسیده است (۱). طبق گزارش‌های مرکز تحقیقات بیماران کلیوی و پیوند کلیه ایران در سال ۱۳۸۶، حدود ۲۹۰۰۰ نفر در کشور مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی بودند که از این تعداد چهارده هزار نفر تحت درمان با همودیالیز قرار داشتند. طبق گزارش‌های موجود، شیوع این بیماری در ایران در حال افزایش است (۵). در حال حاضر در کشور حدود ۵۰ درصد بیماران، تحت درمان با همودیالیز و ۲/۵ درصد تحت درمان با دیالیز صفاقی هستند و ۴۷/۵ درصد پیوند کلیه انجام دادند (۶). بر طبق آمار دریافت شده از مرکز امور بیماری‌های خاص استان اصفهان در سال ۱۳۹۰، چهارده هزار بیمار تحت همودیالیز در این استان وجود دارند و در شهر اصفهان ۵۱۶ بیمار تحت همودیالیز قرار دارند.

از زمانی که بیمار درمان همودیالیز را شروع می‌کند، زندگی وی به طور کامل دست‌خوش تغییر می‌گردد؛ به طوری که وی باید به صورت منظم در جلسات دیالیز شرکت کند، داروهای تجویزی را مورد استفاده قرار دهد و هر آنچه می‌خورد یا می‌نوشد را تعدیل نماید (۷). حفظ سلامتی بیماران ESRD بستگی به چهار جنبه درمانی دارد که شامل محدودیت مصرف مایعات، احتیاطات رژیمی (کم نمک، کم پتاسیم، کم فسفر و ...)، مصرف داروهای توصیه شده و شرکت منظم در جلسات دیالیز می‌باشد. می‌توان مجموعه این موارد را رفتارهای تبعیت از درمان در بیماران همودیالیز دانست (۱۰-۸). میزان تبعیت از درمان در هر ۴ رفتار به طور واضح بر روی پیامدهای بالینی این گروه اثر می‌گذارد؛ به طوری که عدم تبعیت درمانی این بیماران، به صورت مستقیم با پیامدهای بالینی وخیم‌تر مرتبط می‌باشد (۱۱). با وجود اهمیت بالایی که انجام رفتارهای تبعیت درمانی دارند، تعداد زیادی از بیماران همودیالیزی از رژیم‌های درمانی توصیه شده تبعیت نمی‌کنند. در نتیجه به عواقب آن که کاهش کیفیت زندگی، افزایش ناخوشی‌ها و مرگ و میر است، دچار خواهند شد. از طرف دیگر هزینه‌ای اضافی نیز بر خدمات مراقبت بهداشتی کشور تحمیل می‌گردد (۱۴-۱۲، ۷).

بیماران ESRD که تحت همودیالیز قرار دارند، جهت تبعیت از درمان با چالش‌های زیادی روبرو می‌باشند (۱۵). محققین عواملی مانند سنین بالاتر، جنس مرد، سیگاری بودن، سابقه بیشتر از تحت دیالیز بودن، سابقه دیابت در بیماران مبتلا به ESRD و تاریخچه پیوند کلیه بیماران همودیالیز را به عنوان پیش‌گویی کننده‌های عدم تبعیت درمانی ذکر کردند (۱۷، ۱۶، ۷). در کنار همه عوامل ذکر شده، دو عامل روانی- اجتماعی افسردگی و حمایت اجتماعی درک‌شده پایین از طرف دیگران نیز از مهم‌ترین پیش‌بینی کننده‌های عدم انجام رفتار تبعیت درمانی عنوان شدند (۲۰-۱۸).

افسردگی از جمله بیماری‌های خلقی است که با نشانه‌های خلق پایین، کاهش انرژی و علاقه، احساس گناه، اشکال در تمرکز، بی‌اشتهایی، افکار مرگ و خودکشی، بی‌خوابی یا پرخوابی، کاهش قابل توجه وزن و اختلال عملکرد مشخص می‌شود (۲۱). مطالعات متعدد حاکی از آن است که بیماران جسمی بستری در بیمارستان که به افسردگی نیز مبتلا بودند، از جهات مختلف هزینه بیشتری به سیستم بهداشتی تحمیل کردند (۲۲). این مورد می‌تواند ناشی از آن باشد که افسردگی عامل مهمی در کاهش تبعیت بیماران از درمان است. عدم مشارکت بیماران افسرده در درمان، بر مشکلات طبی آنان می‌افزاید، سلامت آنان را به مخاطره می‌اندازد و در مواردی حتی باعث مرگ زودرس آنان می‌گردد (۲۳).

در مقابل، عامل حمایت اجتماعی به عنوان مهم‌ترین ویژگی در رابطه با خنثی‌سازی تأثیرات نامطلوب و فشارهای روانی، مورد مطالعه قرار گرفته است (۲۴). علاوه بر تأثیر مثبتی

www.mui.ac.ir

که محققین در مورد حمایت اجتماعی ذکر کردند، توجه به درک بیمار در این زمینه نیز دارای اهمیت است. به عبارت دیگر، درک و نگرش بیماران نسبت به حمایت دریافت شده مهم‌تر از میزان حمایت ارایه شده به بیمار می‌باشد (۲۵). حمایت اجتماعی به عنوان یک عامل روان‌شناسی اجتماعی است که به عنوان تسهیل‌کننده رفتار بهداشتی شناخته می‌شود و می‌تواند به تبعیت بیماران از رفتارهای خود مراقبتی کمک کند (۲۶). Toljamo و Hentinen در مطالعه خود نشان دادند که حمایت اطرافیان بیماران دیابتی می‌تواند در تبعیت از رفتارهای خود مراقبتی این بیماران مؤثر باشد (۲۷).

علاوه بر موارد ذکر شده، Buchmann تبعیت درمانی را به عنوان یک موضوع مهم مرتبط با عامل خودکارامدی مطرح می‌کند (۲۸). خودکارامدی درک‌شده را می‌توان به معنی باورهای افراد به توانایی خودشان در کنترل اعمال، سطح عملکرد و رویدادهای تأثیرگذار بر زندگی خود دانست (۲۹). فردی که دارای درک بالایی از خودکارامدی باشد، به احتمال زیاد در فعالیت‌های خود مراقبتی مشارکت بیشتری خواهد داشت (۳۰). Tsay در مطالعه خود نشان داد که افزایش خودکارامدی منجر به افزایش برخی رفتارهای تبعیت درمانی از قبیل محدودیت رژیم غذایی در بیماران همودیالیز می‌گردد (۳۱).

در کنار تمام متغیرهای تأثیرگذار ذکر شده، تعامل این بیماران با پرسنل درمانی واحد مربوطه می‌تواند اهمیت داشته باشد که کمتر به آن توجه شده است. وجود یک ارتباط خوب بین بیمار و ارایه‌دهندگان مراقبت سلامتی از قبیل پزشکان، پرستاران و ... سبب می‌شود بیمار نکات درمانی توصیه شده را بهتر بپذیرد و تبعیت بیشتری از روند درمانش داشته باشد (۳۲). Zrinyi و همکاران بین تعامل بیمار و پرستار با رفتارهای قبول درمان در بیماران همودیالیز ارتباط مثبت معنی‌دار یافتند (۳۳).

به طور کلی، شناخت نسبت به عوامل مؤثر بر رفتارهای بهداشتی فرد، در ایجاد استراتژی‌ها و روش‌هایی که اهداف آموزش بهداشت را عملی می‌سازند، مؤثر است. این امر سبب می‌شود که شاخص‌های موفقیت به روش منطقی‌تری انتخاب گردند. یک چارچوب صحیح تئوریک، مبنای معتبری برای عمل فراهم می‌آورد (۳۴). یکی از تئوری‌های مهم رفتاری که درک خوبی از رفتار پیامد در بیماران ایجاد می‌کند، تئوری شناختی- اجتماعی می‌باشد (۳۵). بر اساس مطالعات انجام شده، این تئوری یکی از مشهورترین نظریه‌هایی است که در مورد چگونگی پیش‌بینی و شرح رفتار کاربرد دارد. همچنین این تئوری یکی از گسترده‌ترین تئوری‌های مورد استفاده در تغییر رفتار می‌باشد (۳۶).

با توجه به اهمیت لزوم شناخت رفتار تبعیت از درمان و عوامل مرتبط با آن و همچنین بر اساس مطالعات اشاره شده ۱- پژوهش‌های انجام شده در ایران، به جامعیت دیدگاه مطالعه حاضر نبودند (۳۸، ۳۷) و ۲- مطالعه مبتنی بر نظریه در ایران یافت نگردید، در این تحقیق به بررسی عوامل مؤثر بر رفتارهای تبعیت از درمان پرداخته شد. محقق بر آن شد تا ارتباط چهار سازه مبتنی بر تئوری شناختی- اجتماعی که شامل افسردگی، حمایت اجتماعی درک‌شده، خودکارامدی و تعامل بیمار- پرسنل درمانی می‌باشند را با رفتارهای تبعیت از درمان بیماران تحت همودیالیز بیمارستان‌های شهر اصفهان مورد بررسی قرار دهد.

مروری کوتاه بر تئوری شناختی- اجتماعی بندورا:

نظریه فوق فرض می‌کند که رفتار انسانی را می‌توان به صورت یک علیت سه گانه دو سویه توضیح داد که یکی از زوایای آن را رفتار تشکیل می‌دهد. زاویه دوم شامل عوامل محیطی است و زاویه سوم متشکل از عوامل فردی نظیر شناخت‌ها، عواطف و رویدادهای زیست‌شناختی است. تعامل بی‌نظیر میان هر سه بعد منجر به تغییر رفتار می‌گردد (۳۹). این تئوری قادر به تفسیر خود مدیریتی بیماری‌های مزمن نیز می‌باشد. باید مدنظر داشت در خود مدیریتی بیماری‌های مزمن مجموعه‌ای از عوامل محیطی و فردی دخیل می‌باشند که همه این فاکتورهای تعیین‌کننده، بر خود مدیریتی رفتار در بیماری‌های مزمن تأثیر بالقوه‌ای دارند (۴۰).

روش‌ها

طراحی مطالعه:

این مطالعه از نوع مقطعی و طرح آن توصیفی– تحلیلی بود. جامعه مورد مطالعه ۱۶۰ نفر از بیماران همودیالیز شهر اصفهان

www.mui.ac.ir

بود. شیوه نمونه‌گیری تصادفی ساده و متناسب با حجم بود. نمونه‌های مورد مطالعه از تمام مراکز دیالیز شهر اصفهان گرفته شد. محقق برای جمع‌آوری اطلاعات هدف، با اخذ مجوزهای لازم به تمام بیمارستان‌های دارای بخش‌های همودیالیز شهر اصفهان مراجعه نمود. بر طبق تعداد نمونه که از قبل تعیین شدند، برای هر مرکز به صورت تصادفی از روی لیست بیماران همودیالیز آن مرکز، پرسش‌نامه‌های تحقیق تکمیل شد. در مورد بیماران فاقد توانایی خواندن و نوشتن، پرسش‌نامه توسط خود محقق به صورت مصاحبه تکمیل گردید. معیارهای ورود به مطالعه شامل تحت درمان همودیالیز بودن برای بیشتر از ۳ ماه، دریافت همودیالیز برای ۳ تا ۴ ساعت در هر جلسه و بیش از دو بار در هفته، سن بالای ۱۹ سال، مستقل برای انجام فعالیت‌های خود مراقبتی (به طور مثال بیمار توانایی راه رفتن و غذا خوردن بدون کمک را داشته باشد.)، رضایت به شرکت در مطالعه، توانایی فهم سؤالات و یا داشتن سواد خواندن و نوشتن و معیارهای خروج از مطالعه شامل وجود یک اختلال ذهنی یا شناختی، تکمیل ناقص پرسش‌نامه بودند.

ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات:

داده‌های این مطالعه به وسیله پرسش‌نامه‌های اطلاعات شخصی، پرسش‌نامه افسردگی Back، مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده، راهبردهای ارتقای سلامتی، ابزار سنجش تعامل بیمار- پرسنل درمان و پرسش‌نامه خود گزارش‌دهی رفتارهای تبعیت درمانی جمع‌آوری شد.

۱- پرسش‌نامه افسردگی Beck

پرسش‌نامه Beck یک مقیاس درجه‌بندی خود گزارش‌دهی ۲۱ ماده است که نگرش‌ها و نشانه‌های افسردگی را اندازه‌گیری می‌کند. هر سؤال پرسش‌نامه Beck شامل یک مقیاس چهار جمله‌ای است که دامنه آن از ۳-۰ مرتب شده است. بیشینه و کمینه نمره پرسش‌نامه به ترتیب ۶۳ و صفر می‌باشد (۴۱). مطالعات مختلفی که بر روی گروه هدف همودیالیز انجام شدند، روایی و پایایی خوبی را برای این ابزار گزارش کردند (۴۳، ۴۲، ۲۳). ضریب آلفای کرونباخ این ابزار در این مطالعه ۰/۸۷ درصد محاسبه گردید.

۲- مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده

مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده (MSPSS یا Multidimensional scale of perceived social support) توسط ZiMet و همکاران ساخته شد (۴۴). این ابزار دارای ۱۲ عبارت است که حمایت اجتماعی درک‌شده افراد را از سه منبع خانواده (۴ عبارت)، دوستان (۴ عبارت) و افراد مهم زندگی (۴ عبارت) می‌سنجد. درجه موافقت افراد با استفاده از مقیاس لیکرت هفت درجه‌ای از کاملاً موافق (نمره ۷) تا کاملاً مخالف (نمره ۱) اندازه‌گیری شد (۴۵). به طور کلی نتایج استخراج شده از این ارزیابی بیانگر اعتبار بالا و رضایت‌بخش این مقیاس بود (۴۶). ضریب آلفای کرونباخ این ابزار در این مطالعه، ۰/۸۹ درصد محاسبه گردید.

۳- پرسش‌نامه راهبردهای ارتقای سلامتی

خودکارامدی بیماران با استفاده از ابزاری به نام پرسش‌نامه استراتژی‌های ارتقای سلامتی (SUPPH یا Strategies used by pepole to promot health) سنجیده شد. این پرسش‌نامه در سال ۱۹۹۶ توسط Lev و Owen جهت بررسی خودکارامدی در زمینه مراقبت از خود ساخته شد که شامل ۲۹ سؤال ۵ گزینه‌ای است (۴۷). محدوده امتیاز کسب شده ۱۴۵-۲۹ است. اعتبار علمی این ابزار با روش همسانی درونی ۰/۹۳ و اعتبار علمی آن با تحلیل عاملی ۰/۸۱ گزارش شد. برخی پژوهشگران در ایران، این ابزار را جهت بررسی خودکارامدی در گروه هدف همودیالیز به کار بردند و اعتبار علمی آن را ۰/۹۳ گزارش نمودند (۴۸، ۴۷). ضریب آلفای کرونباخ این ابزار در این مطالعه ۰/۹۶ درصد محاسبه گردید.

۴- ابزار سنجش تعامل بیمار- پرسنل درمان

ابزار سنجش تعامل بیمار (Patient reactions assessment یا PRA) که توسط Galassi و همکاران طراحی شد، درک بیماران را از کیفیت روابط بین بیمار و پرسنل درمانی را می‌سنجد. این ابزار شامل ۱۵ گویه و به شکل لیکرت ۷ تایی از خیلی موافقم تا خیلی مخالفم اندازه‌گیری شد (۴۹). نمرات بالاتر نشان‌دهنده تعاملات بهتر بیمار و پرسنل درمانی است.

www.mui.ac.ir

Galassi پایایی این ابزار را ۰/۹۲ و Zrinyi و Horvath در مطالعه‌ای در مجارستان پایایی آن را در حد ۰/۹۱ درصد گزارش کردند (۵۰). این ابزار برای اولین بار در ایران مورد استفاده قرار گرفت. برای استفاده از این مقیاس در مطالعه حاضر، ترجمه معکوس صورت گرفت. ابتدا به فارسی روان ترجمه شد. سپس این ترجمه توسط یک متخصص زبان انگلیسی مجدد به زبان اصلی (English) برگردانده شد. بر اساس مطابقت دو متن انگلیسی، متن فارسی اصلاح شد. در این مطالعه یک بررسی مقدماتی جهت تعیین روایی و پایایی این مقیاس بر روی ۳۰ نفر از بیماران تحت همودیالیز شهر اصفهان انجام گردید. برای روایی محتوایی پرسش‌نامه از پانل متخصصان استفاده شد. روایی صوری (Face-vlidity) این ابزار نیز در بیماران همودیالیز مورد بررسی قرار گرفت و توانایی فهم سؤالات توسط بیماران سنجیده شد. نتایج حاکی از روایی مناسب سؤالات این پرسش‌نامه بود. پایایی این ابزار نیز ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ درصد محاسبه گردید. در ضمن تعداد سؤالات جهت روایی و پایایی مناسب‌تر تعدیل گردید و از ۱۵ سؤال به ۹ سؤال تغییر یافت.

۵- پرسش‌نامه سنجش رفتارهای تبعیت از درمان

پرسش‌نامه خود گزارش‌دهی رفتارهای تبعیت درمانی در میان بیماران مبتلا به مرحله انتهایی نارسایی کلیه (ESRD-A یا End-stage renal disease adherence questionnaire) در سال ۲۰۰۹ توسط Kim ساخته شد. این ابزار چهار رفتار تبعیت درمانی شامل محدودیت مصرف مایعات، توصیه‌های رژیمی، مصرف داروی تجویز شده و شرکت مرتب در جلسات دیالیز را در بیماران همودیالیزی می‌سنجد. این پرسش‌نامه متشکل از ۴۱ مورد است که به ۴ بخش تقسیم می‌شود. سؤالات این ابزار شامل بخش اول (درباره رفتار شرکت مرتب در جلسات همودیالیز، ۸ مورد)، بخش دوم (مصرف داروی تجویز شده، ۹ مورد)، بخش سوم (محدودیت مصرف مایعات، ۱۰ مورد)، بخش چهارم (محدودیت مصرف رژیم غذایی، ۸ مورد) می‌باشد. نمره‌گذاری پرسش‌های شماره ۹، ۱۲، ۱۳، ۲۱، ۲۶ و ۴۱ با استفاده از مقیاس لیکرت پنج تایی است که مستقیم رفتار تبعیت درمانی را در بیماران مورد ارزیابی قرار می‌دهد. پرسش‌های ۶، ۷، ۱۷، ۱۸، ۲۷، ۲۸، ۳۶ و ۳۷ درک و سطوح فهم بیماران را درباره ۴ رفتار تبعیت درمانی می‌سنجد. اغلب سؤالات به صورت مقیاس لیکرت درجه‌بندی شدند. در ضمن برای نمرات بعضی موردها وزن بیشتری قرار داده شد که بر اساس اهمیت آن رفتار در پیامدهای بالینی آن بخش است. Kim روایی خوب و پایایی ۰/۸۳ درصد برای این ابزار گزارش کرد (۱۵، ۷). این ابزار برای اولین بار در ایران مورد استفاده قرار گرفت. برای استفاده از این مقیاس در مطالعه حاضر، ترجمه معکوس صورت گرفت. ابتدا به فارسی روان ترجمه شد. سپس این ترجمه توسط یک متخصص زبان انگلیسی مجدد به زبان اصلی (English) برگردانده شد. بر اساس مطابقت دو متن انگلیسی، متن فارسی اصلاح شد. در این مطالعه یک بررسی مقدماتی جهت تعیین روایی و پایایی این مقیاس بر روی ۳۰ نفر از بیماران تحت همودیالیز شهر اصفهان انجام گردید. برای روایی محتوایی پرسش‌نامه از پانل متخصصان استفاده شد. روایی صوری این ابزار در بیماران همودیالیز مورد بررسی قرار گرفت و توانایی فهم سؤالات توسط بیماران سنجیده شد. نتایج حاکی از روایی مناسب سؤالات این پرسش‌نامه بود. پایایی این ابزار نیز ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۵ درصد محاسبه گردید.

نحوه تجزیه و تحلیل نتایج:

داده‌ها با استفاده از آزمون توصیفی، همبستگی Pearson، Spearman و آنالیز واریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

داده‌های جدول ۱ نشان می‌دهد که بیشتر نمونه‌های مورد مطالعه (۶۰/۶ درصد) مرد هستند. میانگین سنی افراد مورد مطالعه ۱۵/۰۴ ± ۵۱/۹۵ است. اکثریت افراد مورد مطالعه متأهل (۷۵/۶ درصد) هستند. بیشترین فراوانی از نظر سطح تحصیلات مربوط به مقطع ابتدایی (۳۶/۹ درصد) و کمترین فراوانی مربوط به مقطع تحصیلات دانشگاهی (۸/۸ درصد) است. مدت زمانی که افراد تحت درمان همودیالیز قرار گرفتند، به طور متوسط در حدود ۵ ± ۳/۵ سال است. دیابت به عنوان بیشترین علت نارسایی کلیه در بیماران عنوان شد.

www.mui.ac.ir

جدول ۱: توزیع فراوانی افراد مورد پژوهش بر حسب متغیرهای شخصی

متغیرها	تعداد	درصد
جنس		
مرد	۹۷	۶۰/۶
زن	۶۳	۳۹/۴
وضعیت تأهل		
مجرد	۲۵	۱۵/۶
متأهل	۱۲۱	۷۵/۶
فوت‌شده یا جدا شده	۱۴	۸/۸
سطح تحصیلات		
بی‌سواد	۲۹	۱۸/۱
ابتدایی	۵۹	۳۶/۹
سیکل	۲۷	۱۶/۹
دیپلم	۳۱	۱۹/۴
دانشگاهی	۱۴	۸/۸
مصرف سیگار		
مصرف می‌کند	۱۷	۱۳/۱
مصرف نمی‌کند	۱۳۹	۸۶/۹
علت نارسایی کلیه		
سنگ کلیه	۱۱	۶/۹
هیپرتانسیون	۳۷	۲۳/۱
علل مادرزادی	۱۵	۹/۴
دیابت	۴۲	۲۶/۳
علل خود ایمنی	۱۵	۹/۴
سایر	۴۰	۲۵/۰
سابقه دیالیز صفاقی		
سابقه دارد	۸	۵/۰
سابقه ندارد	۱۵۲	۹۵/۰
متغیرهای کمی	**میانگین**	**انحراف معیار**
سن	۵۱/۹۵	۱۵/۰۴
مدت زمان همودیالیز (ماه)	۴۵	۵۰/۳۴
دفعات بستری	۳/۲	۴/۱۱

بر اساس دامنه نمرات ارایه شده در جدول ۲، میانگین نمرات عوامل مستقل در حدود متوسط توسط بیمار گزارش گردید برای نمونه میانگین نمره حمایت اجتماعی درک شده ۲۱/۷۷ ± ۵۸/۷۹ و میانگین نمره رفتار کل پیامد نیز در حدود متوسط به میزان ۲۰۱/۶۴ ± ۸۶۱/۴۸ به دست آمد.

از لحاظ ارتباط بین عوامل زمینه‌ای با نمره کل و زیر مقیاس‌های رفتارهای تبعیت درمان از آزمون همبستگی Pearson استفاده شد. نتایج نشان داد که بین متغیر سن با نمره زیر مقیاس کلی شرکت در جلسات دیالیز (r = ۰/۳۲۱، P < ۰/۰۰۱)، زیر مقیاس رفتاری مصرف دارو (r = ۰/۲۰، P = ۰/۰۱۳)، نمره کل درک از اهمیت رفتار تبعیت درمان (r = ۰/۱۷، P = ۰/۰۳۵) و نمره کل مقیاس رفتارهای تبعیت درمان (r = ۰/۲۷، P = ۰/۰۰۱) ارتباط معنی‌دار وجود دارد. همچنین بین متغیر دفعات بستری با نمره زیر مقیاس کلی شرکت در جلسات دیالیز (r = −۰/۲۰، P = ۰/۰۱۵)، زیر مقیاس رفتاری مصرف دارو (r = −۰/۱۷، P = ۰/۰۳۷) و نمره کل رفتارهای تبعیت درمان (r = −۰/۲۰، P = ۰/۰۱۰) ارتباط معکوس مشاهده گردید.

آزمون t مستقل نشان داد که بین متغیر جنسیت و زیر مقیاس‌های رفتاری محدودیت مصرف مایعات (t = ۱۳/۸۶، P < ۰/۰۰۱) و محدودیت رژیم غذایی (t = ۱۱/۲۴، P = ۰/۰۰۱) ارتباط وجود دارد؛ به این صورت که میانگین نمره کل زیر مقیاس‌های رفتاری محدودیت مصرف مایعات و محدودیت رژیم غذایی در زنان به ترتیب (۴۳/۱۷ ± ۱۴۴/۴۴) و (۳۵/۷۶ ± ۱۴۰/۴۷) که بیشتر از مردان به دست آمد (۵۹/۰۳ ± ۱۲۸/۳۵) و (۴۷/۳۵ ± ۱۲۶/۸۰). بین متغیر سابقه داشتن دیالیز صفاقی با نمره کل درک از اهمیت رفتارهای تبعیت درمان (t =۴/۶۵، P = ۰/۰۳۳) و نمره کل رفتارهای تبعیت درمان (t = ۴/۱۴، P = ۰/۰۴۴) ارتباط وجود داشت. به این صورت که میانگین نمره کل درک از اهمیت و نمره کل رفتارهای تبعیت در افرادی که سابقه دیالیز صفاقی داشتند به ترتیب (۳/۳۵ ± ۱۵/۱۲) و (۱۱۵/۷۲ ± ۸۳۷/۵۰) به دست آمد که کمتر از کسانی که سابقه دیالیز صفاقی نداشتند، است (۶/۰۵ ± ۱۸/۸۸) و (۲۰۵/۳۲ ± ۸۶۲/۷۴). بین متغیر مصرف سیگار با نمره کل درک از اهمیت رفتارهای تبعیت درمان

www.mui.ac.ir

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار عوامل مستقل و پیامد مورد مطالعه

نوع متغیر	متغیرها	میانگین	انحراف معیار	دامنه نمره
متغیر مستقل	نمره کل مقیاس افسردگی	۱۸/۸۶	۱۰/۸۱	۰-۶۳
	نمره کل مقیاس حمایت اجتماعی درک‌شده	۵۸/۷۹	۲۱/۷۷	۰-۱۰۰
	نمره کل مقیاس خودکارامدی	۹۱/۵۳	۲۲/۴۷	۲۹-۱۴۵
	نمره کل مقیاس تعامل بیمار- پرسنل درمان	۵۴/۸۰	۲۵/۵۸	۰-۱۰۰
	نمره کل درک از اهمیت رفتار تبعیت از درمان	۳۳/۴۸	۶/۰۲	۸-۴۴
متغیر پیامد	شرکت در جلسه همودیالیز	۴۵۶/۴۸	۱۴۶/۵۷	۰-۶۰۰
	مصرف مداوم و به موقع داروها	۱۳۸/۱۲	۵۶/۷۷	۰-۲۰۰
	محدود کردن مصرف مایعات	۱۳۴/۶۸	۵۳/۷۸	۰-۲۰۰
	محدود کردن رژیم غذایی	۱۳۲/۱۸	۴۳/۵۶	۰-۲۰۰
	نمره کل رفتارهای تبعیت از درمان	۸۶۱/۴۸	۲۰۱/۶۴	۰-۱۲۰۰

جدول ۳: ارتباط بین عوامل مستقل و متغیر درک از اهمیت رفتار تبعیت و مقیاس و زیر مقیاس‌های رفتارهای تبعیت درمان

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
نمره کل مقیاس افسردگی	۱									
نمره کل مقیاس حمایت اجتماعی درک‌شده	-۰/۴۴**	۱								
نمره کل مقیاس خودکارامدی	-۰/۶۲**	۰/۴۶**	۱							
نمره کل مقیاس تعامل بیمار- پرسنل درمان	-۰/۳۰**	۰/۳۹**	۰/۵۱**	۱						
زیر مقیاس شرکت در جلسه همودیالیز	-۰/۰۲۷	۰/۱۴	۰/۰۲۳	۰/۰۱۷	۱					
زیر مقیاس مصرف مداوم و به موقع داروها	-۰/۲۲**	۰/۰۶۹	۰/۱۸*	۰/۱۱	۰/۲۱**	۱				
زیر مقیاس محدود کردن مصرف مایعات	۰/۰۱۳	۰/۰۹۶	۰/۰۶۲	۰/۲۴**	۰/۱۵	۰/۱۵	۱			
زیر مقیاس محدود کردن رژیم غذایی	۰/۰۰۰	۰/۱۷**	۰/۱۵	۰/۲۱**	۰/۱۲	۰/۱۵	۰/۴۵**	۱		
نمره کل رفتارهای تبعیت از درمان	-۰/۰۸۰	۰/۰۲	۰/۰۸۵	۰/۱۳	۰/۸۵**	۰/۵۰**	۰/۵۱**	۰/۴۶**	۱	
نمره کل درک از اهمیت رفتار تبعیت از درمان	-۰/۱۹*	۰/۲۲**	۰/۳۵**	۰/۴۵**	۰/۱۴	۰/۳۳**	۰/۵۰**	۰/۴۰**	۰/۴۱**	۱

*ارتباط معنی‌دار در سطح ۰/۰۵ **ارتباط معنی‌دار در سطح ۰/۰۱

www.mui.ac.ir

(t = ۵/۲۰، P = ۰/۰۲۴) ارتباط وجود داشت؛ به این صورت که میانگین نمره کل درک از اهمیت رفتارهای تبعیت درمان در افراد سیگاری (۸/۱ ± ۱۸) کمتر افراد غیر سیگاری است (۵/۶ ± ۱۸/۷). همچنین آزمون آنالیز واریانس نشان داد که بین وضعیت تأهل و زیر مقیاس‌های رفتاری شرکت در جلسه دیالیز (F = ۴/۶۳۰، P = ۰/۰۱۱)، نمره درک از اهمیت رفتار تبعیت (F = ۳/۵۰، P = ۰/۰۳۳) و نمره کل رفتار تبعیت درمان (F = ۳/۳۲، P = ۰/۰۳۹) ارتباط وجود دارد. افرادی که متأهل بودند نسبت به سایر گروه‌ها میانگین نمره بیشتری در نمره کل رفتار تبعیت درمان داشتند.

آزمون Spearman نشان داد تنها بین نمره کل درک از اهمیت رفتار تبعیت با متغیر وضعیت تحصیلی ارتباط وجود دارد (r = ۰/۳۳، P < ۰/۰۰۱).

بر اساس نتایج تحلیلی همبستگی، بین همه متغیرهای مستقل ارتباط وجود داشت که بیشترین همبستگی بین دو عامل مستقل افسردگی و خودکارامدی (r = −۰/۶۲، P < ۰/۰۱) و کمترین همبستگی بین دو عامل مستقل نمره کل درک از اهمیت رفتار و افسردگی به دست آمد (r = −۰/۱۹، P < ۰/۰۵). همان طور که جدول ۳ نیز نشان می‌دهد غیر از متغیر مستقل درک از اهمیت رفتار تبعیت درمان (r = ۰/۴۱، P < ۰/۰۱)، هیچ یک از عوامل مستقل مورد مطالعه با رفتار کل تبعیت درمان ارتباط نداشتند. متغیر درک از اهمیت رفتار در ارتباط با دیگر متغیرهای مستقل مورد مطالعه بیشترین ارتباط را با متغیر تعامل بیمار با پرسنل درمان داشت (r = ۰/۴۵، P < ۰/۰۱). کمترین ارتباط مربوط به ارتباط این متغیر با عامل افسردگی است (r = −۰/۱۹، P < ۰/۰۵).

بحث

هدف از انجام مطالعه حاضر، بررسی ارتباط برخی عوامل روانی- اجتماعی با رفتارهای تبعیت از درمان بیماران همودیالیز شهر اصفهان در سال ۹۰-۱۳۸۹ (بر اساس چارچوبی مفهومی از تئوری شناختی- اجتماعی) بود. نتایج نشان داد که نمرات میانگین مقیاس و زیر مقیاس‌های رفتار تبعیت درمان در بیماران همودیالیز مورد مطالعه در حدود متوسط قرار دارد. Kim نیز در آمریکا با استفاده ابزار سنجش مشابه با ابزار مطالعه ما تقریباً چنین نتیجه‌ای را گزارش کرد (۷). احراری و همکاران نیز در مطالعه خود میزان عدم تبعیت از محدودیت مایعات و رژیم غذایی را در حد متوسط گزارش نمودند (۳۷). اما شکری که در مطالعه خود از روش‌های بالینی و آزمایشگاهی جهت بررسی تبعیت درمان در بیماران همودیالیز استفاده کرد، عدم تبعیت از محدودیت مصرف مایعات را در بیماران همودیالیز بسیار بالا گزارش کرد (۵۱). Kugler و همکاران نیز در مطالعه خود عنوان کردند که بیش از نیمی از بیماران مورد مطالعه وی جهت پیگیری توصیه‌های مربوط به محدودیت‌های رژیم غذایی و مایعات مشکلات عدیده‌ای دارند که منجر به عدم تبعیت آن‌ها می‌شود (۱۶).

همچنین نتایج نشان داد که بیشتر افراد مورد مطالعه درک خوبی از اهمیت رفتار تبعیت درمان دارند. برخی از پژوهشگران معتقدند که میزان آگاهی بیماران در راستای درک مزایای پذیرش رژیم درمانی و عوارض ناشی از عدم پذیرش مهم می‌باشد. در طی پژوهشی که جهت پی بردن به درک و تصورات بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر نسبت به پذیرش درمان و سبک زندگی انجام گرفت، پژوهشگران دریافتند که افزایش سطح آگاهی بیماران توسط پرسنل بهداشتی نسبت به پذیرش رژیم درمانی، تنها روش تصحیح مراقبت بیماران به نظر می‌رسد (۵۲). طبق مطالعه حاضر، بیماران سیگاری نسبت به بقیه بیماران از درک کمتری راجع به اهمیت رفتار تبعیت درمان برخوردار هستند. این یافته با مطالعه Kugler و همکاران همخوانی دارد (۱۶).

افراد جوان‌تر تبعیت کمتری از توصیه‌های درمانی داشتند. این یافته با یافته‌های شکری (۵۱)، Kim (۷) و Kugler و همکاران (۱۶) همخوانی دارد. با افزایش دفعات بستری شدن افراد به دلیل عوارض دیالیز، کاهش رفتار تبعیت درمان دیده می‌شود که این یافته با مطالعه Saran و همکاران همخوانی دارد (۱۲). همین طور نتایج نشان داد که زنان نسبت به مردان تبعیت بهتری در محدودیت رژیم غذایی و مایعات داشتند. این

www.mui.ac.ir

موضوع با مطالعه شکری (۵۱) و Kugler و همکاران (۱۶) همخوانی دارد. افراد دارای سابقه دیالیز صفاقی، درک کمتری از اهمیت رفتار تبعیت داشتند و همین طور کمتر به رفتار تبعیت مبادرت می‌ورزیدند. این مسأله شاید به سبک زندگی آنان در زمانی که دیالیز صفاقی انجام می‌دادند، مرتبط باشد. این بیماران به صورت خود مختار در منزل دیالیز می‌کردند و این مسأله سبب می‌شد توجه کمتری به توصیه‌های رژیمی داشته باشند. این امر به این دلیل بود که هر زمان با شروع عوارض ناشی از عدم رعایت توصیه‌های رژیمی می‌توانستند سریع خود را دیالیز نمایند. بنابراین خود را برای تبعیت از رژیم توصیه شده مختار می‌دانستند. این در حالی است که شرایط در درمان همودیالیز کاملاً متفاوت است و بیماران اختیار کمتری بر درمان خود خواهند داشت. از دیگر یافته‌های مطالعه این بود که افراد متأهل بیشتر از سایر گروه‌ها رفتارهای تبعیت درمان را انجام می‌دادند که این امر را می توان متأثر از حمایت مضاعفی که فرد از همسر خود دریافت می‌دارد، دانست. این یافته با مطالعه Kim (۷) و حیدرزاده و همکاران (۴) همخوانی دارد، اما در مطالعه شکری رابطه معنی‌داری در این زمینه یافت نشد (۵۱).

همچنین بر طبق نتایج به دست آمده سطح تحصیلات بالاتر با افزایش درک از اهمیت رفتار همراه است. این امر را می‌توان به مطالعه و تحقیق بیشتر بیماران تحصیل کرده درباره اهمیت رفتارهایی که به آنان توصیه می‌شود، مربوط دانست. این یافته با مطالعه Sa-ngakul همخوانی دارد (۵۳). با این وجود این رابطه در انجام خود رفتار تبعیت دیده نشد. این یافته با مطالعه شکری همخوانی دارد (۵۱).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که نمرات میانگین مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده بیماران در حدود متوسط است اما احراری و همکاران میانگین نمره حمایت اجتماعی درک‌شده با مقیاس فوق را در بیماران همودیالیز کمتر از حد متوسط گزارش نمودند (۳۷). در مطالعه حاضر با افزایش حمایت اجتماعی درک‌شده در فرد، رفتار محدود کردن رژیم غذایی افزایش یافت. این یافته با مطالعه Toljamo و Hentinen (۲۷)، احراری و همکاران (۳۷) و رضایی کارگر و کربندی (۵۴) همخوانی دارد.

میانگین نمره تعامل بیمار و پرسنل در مطالعه حاضر در حد متوسط به دست آمد. این در حالی است که مطالعه Zrinyi و Horvath در مجارستان بر روی همین گروه هدف و با ابزار سنجش مشابه، میانگین نمره تعامل بیشتری بین بیمار و پرسنل درمان گزارش کردند (۵۰). این امر نشان از تعامل بهتر بیماران مورد مطالعه وی با پرسنل مربوطه است. طبق نتایج به دست آمده در مطالعه حاضر، با افزایش تعامل بین بیمار و پرسنل درمان رفتار محدود کردن مصرف مایعات و رژیم غذایی نیز در فرد زیاد می‌شود. این مسأله را می‌توان به این امر مربوط دانست که با افزایش تعامل بین بیمار و پرسنل درمانی اعم از پزشک، پرستاران بخش دیالیز و یا متخصصان رژیم بیمارستان، زمینه مساعد برای افزایش اطلاعات در فرد فراهم می‌گردد. این آگاهی منجر به نگرش و درک از اهمیت رفتار می‌گردد. از آن جایی که این مطالعه نشان داد درک با انجام خود رفتار رابطه مستقیم معنی‌دار خواهد داشت، به رفتار پیامد منجر می‌شود. این یافته با مطالعه Zrinyi و Horvath (۵۰)، Kugler و همکاران (۱۶) و Ciechanowski و همکاران (۵۵) همخوانی دارد.

نمرات افسردگی بیماران مورد مطالعه ما در حد متوسط رو به پایین به دست آمد. هرچند مطالعات محمودی و همکاران (۲۳)، نوروزی‌نژاد و همکاران (۵۶)، مسعودی علوی و همکاران (۵۷) و ملاهادی و همکاران(۵۸)، شدت افسردگی بیشتری را در بیماران همودیالیز نشان دادند؛ اما به لحاظ شیوع، نتایج مشابه‌ای را با مطالعه حاضر گزارش نمودند.

همچنین بیش از نیمی از افراد مورد مطالعه دارای خودکارامدی متوسط رو به بالا بودند. مطالعه اسماعیلی و همکاران نیز با ابزار مشابه، تقریباً چنین نتیجه‌ای را در مطالعه خود گزارش نمودند (۴۸). Sa-ngakul نیز در مطالعه خود با موضوع خودکارامدی رفتارهای ارتقا دهنده سلامت در گروه بیماران همودیالیز چنین یافته‌ای را گزارش نمود (۵۳).

در ارتباط این دو متغیر فردی مستقل فوق با رفتار تبعیت درمان، باید عنوان نمود که با وجود افسردگی در فرد تبعیت از مصرف مداوم و به موقع داروهای تجویز شده کم و با افزایش خودکارامدی در فرد زیاد می‌شود. این یافته‌ها با نتایج حاصل از

www.mui.ac.ir

مطالعه Garcia و همکاران (۵۹)، Oka و همکاران (۶۰)، Tsay (۳۱) و Bag و Mollaoglu (۶۱) همخوانی دارد.

از نتایج مهم این مطالعه، مشاهده ارتباط بین متغیر درک از اهمیت رفتار با رفتار کل تبعیت درمان و دیگر عوامل روانی- اجتماعی مورد بررسی در پژوهش حاضر است. نتایج مطالعه حاضر به خوبی نشان داد که درک از اهمیت رفتار می‌تواند به عنوان یک متغیر واسطه‌ای مورد توجه قرار گیرد. بنابراین در مطالعات آتی می‌توان به نقش واسطه‌ای عامل درک از اهمیت رفتار توجه نمود و با استفاده از روش‌های تحلیل مسیر به نقش واسطه‌ای درک از اهمیت رفتار بین این عوامل روانی- اجتماعی و رفتار پیامد رسید.

در نهایت بر اساس نتایج به دست آمده می‌توان گفت هر مداخله آموزشی مبتنی بر سازه‌های این مطالعه، مستلزم لحاظ کردن نقش متغیر درک از اهمیت رفتار است. در واقع به نظر می‌رسد که متغیرهای افسردگی، حمایت اجتماعی درک شده، خودکارامدی و تعامل بیمار- پرسنل درمان از طریق عامل درک از اهمیت رفتار بر رفتار پیامد مؤثر هستند.

تشکر و قدردانی

از معاونت پژوهشی و تمامی کارکنان آن سازمان جهت کمک به اجرای این طرح سپاسگزاری می‌شود.

References

1. Cinar S, Barlas G, Alpar SE. Stressors and coping strategies in hemodialysis patients. Pak J Med Sci 2009; 25(3): 447-52.
2. Brunner LS, Suddarth DS, O'Connell Smeltzer SC. Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004. p. 1326-36.
3. Sajjadi M, Akbari A, Kianmehr M, Atarodi A. The relationship between self-care and depression in patients undergoing hemodialysis. Ofogh-E-Danesh 2008; 14(1): 13-8.
4. Heidarzadeh M, Atashpeikar S, Jalilazar T. Relationship between quality of life and self-care ability in patients receiving hemodialysis. Iran J Nurs Midwifery Res 2010; 15(2): 71-6.
5. Aghighi M, Heydari AR, Rouchi H, Zamyadi M, Mahdavi M, Norouzi SH, et al. Dialysis in Iran. Iranian Journal of Kidney Diseases 2009; 2(1): 11-5.
6. 10% increase in dialysis patients, Blog-related health education-Medical shahid Modaress Center [Online]. 2010 [cited 2010 Oct 19]; Available from: URL: www.iec.hbi.ir/R/R1.xls/
7. Kim Y. Relationship between Illness perceptions, treatment adherence and clinical outcomes in maintenance hemodialysis patients [Doctoral Thesis]. California: University of California; 2009.
8. Denhaerynck K, Manhaeve D, Dobbels F, Garzoni D, Nolte C, De GS. Prevalence and consequences of nonadherence to hemodialysis regimens. Am J Crit Care 2007; 16(3): 222-35.
9. Loghman-Adham M. Medication noncompliance in patients with chronic disease: issues in dialysis and renal transplantation. Am J Manag Care 2003; 9(2): 155-71.
10. Morgan L. A decade review: methods to improve adherence to the treatment regimen among hemodialysis patients. Nephrol Nurs J 2000; 27(3): 299-304.
11. Block GA, Klassen PS, Lazarus JM, Ofsthun N, Lowrie EG, Chertow GM. Mineral metabolism, mortality, and morbidity in maintenance hemodialysis. J Am Soc Nephrol 2004; 15(8): 2208-18.
12. Saran R, Bragg-Gresham JL, Rayner HC, Goodkin DA, Keen ML, Van Dijk PC, et al. Nonadherence in hemodialysis: associations with mortality, hospitalization, and practice patterns in the DOPPS. Kidney Int 2003; 64(1): 254-62.
13. Sezer S, Ozdemir FN, Arat Z, Perim O, Turan M, Haberal M. The association of interdialytic weight gain with nutritional parameters and mortality risk in hemodialysis patients. Ren Fail 2002; 24(1): 37-48.
14. Szczech LA, Reddan DN, Klassen PS, Coladonato J, Chua B, Lowrie EG, et al. Interactions between dialysis-related volume exposures, nutritional surrogates and mortality among ESRD patients. Nephrol Dial Transplant 2003; 18(8): 1585-91.
15. Kim Y, Evangelista LS. Relationship between illness perceptions, treatment adherence, and clinical outcomes in patients on maintenance hemodialysis. Nephrol Nurs J 2010; 37(3): 271-80.

www.mui.ac.ir

16. 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.
17. Moist LM, Bragg-Gresham JL, Pisoni RL, Saran R, Akiba T, Jacobson SH, et al. Travel time to dialysis as a predictor of health-related quality of life, adherence, and mortality: the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). Am J Kidney Dis 2008; 51(4): 641-50.
18. Taskapan H, Ates F, Kaya B, Emul M, Kaya M, Taskapan C, et al. Psychiatric disorders and large interdialytic weight gain in patients on chronic haemodialysis. Nephrology (Carlton) 2005; 10(1): 15-20.
19. 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 Nephrol 2008; 9: 2.
20. Pang SK, Ip WY, Chang AM. Psychosocial correlates of fluid compliance among Chinese haemodialysis patients. J Adv Nurs 2001; 35(5): 691-8.
21. Mousavi A, Aghayan SH, Razavian Zadeh N, Norouzi N, Khosravi A. Depression and General Health Status in Type II Diabetic Patients . Knowledge & Health 2008; 3(1): 44.
22. Modan Lou M, Taziki SA, Khoddam H, Behnam Pour N. Relationship between depression and associated demographic factors in patients on hemodialysis. Journal of Gorgan University of Medical Sciences 2005; 7(1): 47-50.
23. Mahmoudi SH, Saleh Nejad GH, Nazarian S, Yaghobi M. A comparison study of depression between hemodialysis patients and renal transplant recipients. Iranian Journal of Nursing Research 2010; 5(18): 73-80.
24. Ghaffari M, Shahbazian H, Kholghi M, Haghdoost MR. Relationship between social support and depression in diabetic patients . The Bimonthly Medical Research Journal of Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences 2009; 8(4): 383-90.
25. Helgeson VS, Cohen S. Social support and adjustment to cancer: reconciling descriptive, correlational, and intervention research. Health Psychol 1996; 15(2): 135-48.
26. Morowati Sharifabad M, Rouhani Tonekaboni N. Social support and Self-care Behaviors in Diabetic Patients Referring to Yazd Diabetes Research Center. Zahedan Journal of Research in Medical Sciences 2007; 9(4): 275-84.
27. Toljamo M, Hentinen M. Adherence to self-care and social support. J Clin Nurs 2001; 10(5): 618-27.
28. Buchmann WF. Adherence: a matter of self-efficacy and power. J Adv Nurs 1997; 26(1): 132-7.
29. Jex SM, Bliese PD. Efficacy beliefs as a moderator of the impact of work-related stressors: a multilevel study. J Appl Psychol 1999; 84(3): 349-61.
30. Tsay SL, Healstead M. Self-care self-efficacy, depression, and quality of life among patients receiving hemodialysis in Taiwan. Int J Nurs Stud 2002; 39(3): 245-51.
31. Tsay SL. Self-efficacy training for patients with end-stage renal disease. J Adv Nurs 2003; 43(4): 370-5.
32. Molassiotis A, Morris K, Trueman I. The importance of the patient-clinician relationship in adherence to antiretroviral medication. Int J Nurs Pract 2007; 13(6): 370-6.
33. Zrinyi M, Juhasz M, Balla J, Katona E, Ben T, Kakuk G, et al. Dietary self-efficacy: determinant of compliance behaviours and biochemical outcomes in haemodialysis patients. Nephrol Dial Transplant 2003; 18(9): 1869-73.
34. Parto Azam H, Habib Pour Z, Safar Alizade F, Sedigi R. A survey on the relationship between knowledge of high school students of Khoy and their mothers about preventive measures of iron deficiency anemia and their practice. Journal of Urmia Nursing And Midwifery Faculty 2008; 6(2): 55-9.
35. Rogers LQ, Matevey C, Hopkins-Price P, Shah P, Dunnington G, Courneya KS. Exploring social cognitive theory constructs for promoting exercise among breast cancer patients. Cancer Nurs 2004; 27(6): 462-73.
36. Peyman N, Hidar Nia A, Ghofrani Pour F, Kazem Nejad A, Khodaee GH, Amin Shokravi F. The relationship between perceived self-efficacy and contraceptive behaviors among Iranian women referring to health centers in Mashad in order to decrease unwanted pregnancies. Journal of Reproduction & Infertility 2007; 8(1): 78-90.
37. Ahrari SH, Karimi H, Heidari A. The relationship between social support and adherence to dietary restrictions and fluid in hemodialysis patients. Proceedings of the 10th Conference of the National Research Committee; 2009 Jun 4-6; Tehran, Iran; 2009.
38. Rambod M, Peyrovi H, Sareban MT, Rafii F. Relationship of Self-Efficacy with Therapeutic Regimen and Clinical/Laboratory Outcomes in Hemodialysis Patient. Iran Journal of Nursing 2010; 22(62): 41-7.
39. Safari M, Shojaei Zadeh D, Ghofrani Pour F, Heidar Nia E, Pakpor hajiagha A. Theories, models and methods of health education and promotion. Tehran: Sobhan Publications; 2009. p. 100-2.
40. Gallant MP. The Influence of Social Support on Chronic Illness Self-Management: A Review and Directions for Research. Health Educ Behav 2003; 30(2): 170-95.

www.mui.ac.ir

41. Rajabi R, Atari Y. Factor analyzis of depression inventory for children and adolescent. Counseling Research and Development 2004; 3(9-10): 83-102.
42. Zahiroddin AR, Hayati M, Jadidi M, Samimi SM. Depression in Hemodialysis Patients. Journal of Ardabil University of Medical Sciences & Health Services 2005; 5(3): 256-9.
43. Salehi M, Noormohammadi Sarab A. Prevalence of depression in hemodialysis patients of Shahid Hashemi Nejad Hospital. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology 2003; 8(3): 20-5.
44. Zimet, GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. Journal of Personality Assessment 1998; 52: 30-41.
45. Bruwer B, Emsley R, Kidd M, Lochner C, Seedat S. Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in youth. Compr Psychiatry 2008; 49(2): 195-201.
46. Nasr Isfahani SH, Seraj M. The survey of stressor factors and perceived social support in patients with ulcerative colitis In comparison with control group in Noor and Alzahra Hospitals [PhD Thesis]. Isfahan: School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences; 2010.
47. Lev EL, Owen SV. A measure of self-care self-efficacy. Res Nurs Health 1996; 19(5): 421-9.
48. Esmaeli M, Alikhani M, Gholamaragi M, Hosseini F. The Quality of life And Self efficacy of The Patients Under Hemodialysis. Iran Journal of Nursing 2005; 18(41-42): 77-84.
49. Galassi JP. The Patient Reactions Assessment: A brief measure of the quality of the patient-provider medical relationship. Psychological Assessment 1992; 4(3): 346-51.
50. Zrinyi M, Horvath T. Impact of satisfaction, nurse-patient interactions and perceived benefits on health behaviors following a cardiac event. Eur J Cardiovasc Nurs 2003; 2(2): 159-66.
51. Shokri S. The survey of Compliance assessment in hemodialysis patients with drug regimen, potassium and fluid restriction and its relationship with demografic factors and laboratory parameters in hemodialysis centers of Alzahra ,Khorshid and Falavarjan Hospitals [PhD Thesis]. Isfahan: School of Pharmacy. Isfahan University of Medical Sciences; 2009.
52. Ezzatti N. Perceptions of Patients with Coronary Artery Disease about Their Therapeutic Regimen. Iran Journal of Nursing 2010; 23(63): 26-34.
53. Sa-ngakul S. Self-efficacy Influence on health- promoting behaviors of Hemodialysis Patients [MSc Thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2006.
54. Rezaie Kargar F, Karbandi S. Social support and diet compliance in type II diabetic patients. Iran Journal of Nursing 2004; 17(37): 12-6.
55. Ciechanowski PS, Katon WJ, Russo JE, Walker EA. The patient-provider relationship: attachment theory and adherence to treatment in diabetes. Am J Psychiatry 2001; 158(1): 29-35.
56. Noroozinejad GH, Radan K, Hosseini Pour M. A Survey on Prevalence and Severity of Depressive Symptom among Hemodialysis Patients in Ahwaz Sina and Golestan Hospitals during 2004-2005. The Bimonthly Medical Research Journal of Ahvaz Jundishapur University of Medical Science 2007; 6(2): 147-52.
57. Masoudi Alavi N, Sharifi KH, Aliakbarzadeh Z. Depression and anxiety in patient's undertaken renal replacement therapy in Kashan during 2008. Feyz 2008; 12(4): 46-51.
58. Mollahadi M, Tayyebi A, Ebadi A, Daneshmandi M. Comparison between anxiety, depression and stress in hemodialysis and kidney transplantation patients . Iranian Journal of Critical Care Nursing 2010; 2(4): 153-6.
59. Garcia Valderrama FW, Fajardo C, Guevara R, Gonzales P, V, Hurtado A. Poor adherence to diet in hemodialysis: role of anxiety and depression symptoms. Nefrologia 2002; 22(3): 244-52.
60. Oka M, Tomura SH, Takahashi H, Tsuchiya SH. Treatment regimen adherence and life-satisfaction in hemodialysis patients: a covariance structure analysis. Clin Exp Nephrol 1999; 3(3): 198-206.
61. Bag E, Mollaoglu M. The evaluation of self-care and self-efficacy in patients undergoing hemodialysis. J Eval Clin Pract 2010; 16(3): 605-10.

www.mui.ac.ir

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

Fatemeh Khalili[1], Ahmad Ali Eslami[2], Ziba Farajzadegan[3], Akbar Hassanzadeh[4]

Abstract

Background: Hemodialysis patients' health depends on adherence to treatment recommendations. Non-adherence to treatment is directly associated with worse clinical outcomes. This study was designed to determine the association of between treatment adherence behaviors among maintenance hemodialysis patients and depression, perceived social support, self efficacy, and patient's interaction with medical service providers based on social cognitive theory.

Methods: This cross-sectional study used proportional random sampling to select 160 maintenance hemodialysis patients in Isfahan, Iran. Data was gathered by Beck depression questionnaire, multidimensional scale of perceived social support (MSPSS), strategies used by patients to promote health (SUPPH) questionnaire, patient reactions assessment questionnaire, and the end-stage renal disease adherence questionnaire. The data were analyzed using descriptive and correlation statistics.

Findings: Our findings showed that 60.06% of the participants were male. Their average age was 51.95 ± 15.04 and mean of total scores of treatment adherence behaviors was 861.48 ± 201.64 (range: 0-1200). There was not any significant relationship between the studied factors treatment adherence behaviors. However, behavioral sub-scales were significantly related with the studied factors ($P < 0.05$). Furthermore, all factors had significant relationships with scores of perception about the importance of behaviors ($P < 0.001$). Demographics, including age, sex, and marital status, were also related with treatment adherence behavior scale and sub-scale ($P < 0.05$).

Conclusion: Based on the results, social-psycological factors affect treatment adherence behaviors as a mediator of perceptions. Therefore, they have to be considered in future theory-based interventions and studies.

Key words: Social-Psycological Factors, Treatment Adherence Behaviors, Perceptions, Hemodialysis Patients, Social Cognitive Theory.

* This article derived from thesis by Isfahan University of Medical Sciences, No: 389479.

1- MSc Student, Student Research Committee, Department of Health Education and Promotion, School of Health , Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Health Education and Promotion, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. (Corresponding Author). Email: eslamiaa@gmail.com

3- Associate Professor, Department of Community Medicine, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

4- Lecture, Research Center for Food Security and Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

www.mui.ac.ir