

## عوامل مؤثر بر تبعیت از رژیم درمانی در بیماران تحت درمان با همو دیالیز: یک تحلیل محتوای کیفی

مریم سادات هاشمی<sup>۱</sup>، سمیه حقیقت\*<sup>۲</sup>، مریم باقری<sup>۳</sup>، محمد اکبری<sup>۴</sup>، ریحانه نیکنژاد<sup>۵</sup>

تاریخ دریافت ۱۳۹۸/۰۸/۱۸ تاریخ پذیرش ۱۳۹۹/۰۱/۲۶

## چکیده

**پیش‌زمینه و هدف:** عدم تبعیت از درمان مشکل شایعی در بیماران همودیالیزی است و به‌عنوان یکی از عوامل پیشرفت بیماری، افزایش عوارض حین دیالیز، افزایش شانس بستری شدن و مرگ و میر بیماران همودیالیز مطرح می‌باشد. عوامل متعدد محیطی و فرهنگی بر تبعیت از درمان بیماران مؤثر است ولیکن با مطالعات کمی به‌نمی‌توان این عوامل را بررسی نمود لذا این مطالعه به روش تحلیل محتوای کیفی انجام شد تا درک عمیق‌تری از موضوع حاصل گردد و اقدامات لازم جهت بهبود تبعیت از درمان این بیماران صورت گیرد.

**روش کار:** این مطالعه به صورت کیفی با رویکرد تحلیل محتوا انجام شد. نمونه‌گیری به صورت مبتنی بر هدف آغاز و تا رسیدن به اشباع داده‌ها ادامه یافت. روش اصلی جمع‌آوری داده‌ها مصاحبه نیمه ساختاریافته بود. در مجموع با ۲۹ مشارکت‌کننده مصاحبه صورت گرفت. مصاحبه‌ها با روش تحلیل محتوای گرنهایم و لاندمن آنالیز شدند.

**یافته‌ها:** از تجزیه و تحلیل داده‌ها ۶۰۰ کد اولیه و ۶۴ زیر طبقه و ۱۳ طبقه فرعی و در نهایت چهار طبقه اصلی عوامل مرتبط با بیمار، عوامل اجتماعی-اقتصادی، عوامل مرتبط با درمان، عوامل مرتبط با اعضای تیم سلامت پدیدار شد.

**نتیجه‌گیری:** با ارتقا حمایت اجتماعی-اقتصادی، سازگاری بیمار با بیماری‌اش، خودمراقبتی، میزان کارآمدی، کاهش افسردگی و اضطراب بیماران، بهبود ارتباط اعضای تیم سلامت با بیمار، رعایت استانداردهای نیروی انسانی، می‌توان میزان تبعیت از درمان بیماران تحت درمان با همودیالیز را بهبود داد.

**کلید واژه‌ها:** رژیم درمانی، بیمار، تبعیت، همو دیالیز، تحلیل محتوای کیفی

مجله پرستاری و مامایی، دوره هجدهم، شماره دوم، پی‌درپی ۱۲۷، اردیبهشت ۱۳۹۹، ص ۱۵۶-۱۴۱

آدرس مکاتبه: اصفهان، خ هزار جریب، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، دانشکده پرستاری و مامایی، تلفن: ۰۹۱۳۲۲۸۴۷۷۱۷

Email: s.haghighatb@yahoo.com

## مقدمه

می‌شود که بیش از ۱/۴ میلیون نفر در سراسر دنیا مبتلابه نارسایی مزمن کلیه هستند و به‌طور تقریبی سالیانه ۱۰ درصد آمار این بیماران افزایش می‌یابد. شیوع نارسایی کلیه در جهان ۱۱ الی ۱۳ درصد است (۳). در مطالعات متعدد، شیوع نارسایی مزمن کلیه در ایران، بین ۱۲/۶ الی ۲۳/۷ ذکر شده است (۴-۶). در مرور سیستماتیک و متاآنالیزی که توسط بویا و همکاران (۲۰۱۸)، در زمینه "شیوع نارسایی کلیه در ایران" انجام شد، آنالیز داده‌های این

نارسایی مزمن کلیه یک اختلال پیش‌رونده و غیرقابل برگشت می‌باشد که به‌عنوان یکی از چالش‌های مهم بخش درمان در نظر گرفته می‌شود در این حالت توانایی کلیه در دفع مواد زائد متابولیک و حفظ مایع و الکترولیت‌ها از بین می‌رود که منجر به تشکیل اوره و مواد سمی دیگر در خون می‌گردد (۱). در حال حاضر همودیالیز رایج‌ترین روش درمان این اختلال است (۲) تخمین زده

<sup>۱</sup> دکترای پرستاری، عضو هیئت علمی گروه پرستاری مراقبت ویژه، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

<sup>۲</sup> مربی، عضو هیئت علمی گروه پرستاری مراقبت ویژه، عضو مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۳</sup> دکترای پرستاری، عضو گروه پرستاری سلامت بزرگسالان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

<sup>۴</sup> دکترای پرستاری، عضو هیئت علمی گروه روان پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

<sup>۵</sup> کارشناس ارشد اتاق عمل، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

تبعیت درمانی می‌باشند (۱۶) علاوه بر آن، دو عامل روانی - اجتماعی افسردگی و حمایت اجتماعی درک شده پایین از طرف دیگران، از مهم‌ترین پیش‌بینی کننده‌های عدم انجام رفتار تبعیت درمانی عنوان شدند (۹، ۱۷، ۱۸).

اخیراً، مطالعات بسیار اندکی نقش عوامل زمینه‌های محیطی و فرهنگ در تبعیت از رژیم‌های درمانی را مورد بررسی قرار داده‌اند. برخی از مطالعات بیانگر این مسئله هستند که در فرهنگ آسیایی برخلاف فرهنگ غربی خانواده نقش پررنگ‌تری را در تبعیت از نسبت به فرد دارد به طوری که چنانچه خانواده بیمار مسئولیت‌پذیر باشند بیمار را به رعایت رژیم‌درمانی تشویق می‌کنند. همچنین فرهنگ در رفتارهای مربوط به عادات غذا خوردن و سبک زندگی نیز تأثیرگذار است. در فرهنگ آسیایی برخلاف فرهنگ غربی بیماران در مهمانی‌ها و جشن‌ها خود ملزم به رعایت رژیم غذایی نمی‌دانند و این مسئله به‌عنوان مانعی در تبعیت از رژیم‌درمانی است (۱۹). در ایران هم به‌عنوان یک کشور آسیایی مطالعه‌های در زمینه عوامل تسهیل‌کننده و بازدارنده در تبعیت از رژیم‌های درمانی در بیماران تحت درمان با همودیالیز انجام نشده است. ماهیت سؤالات پژوهش در این مطالعه به‌گونه‌ای بود که می‌بایست بر اساس بستر (زمینه‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی) عوامل مؤثر بر تبعیت از درمان بیماران تحت درمان با همودیالیز مورد بررسی قرار می‌گرفت و این کار با روش‌های کیفی امکان‌پذیر بود لذا این مطالعه به روش تحلیل محتوای کیفی انجام شد تا درک عمیق‌تری از عوامل مؤثر بر تبعیت از رژیم درمانی در بیماران همودیالیز ارائه گردد.

### مواد و روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل محتوا می‌باشد. تحلیل محتوای کیفی، یکی از روش‌های مورد استفاده در تحلیل محتوای داده‌های متنی است که بر شاخص‌های زبان و توجه به محتوا یا مضامین ضمنی یک متن تأکید می‌کند پس از کسب اجازه از مسئولین مربوطه، نمونه‌گیری در سال ۱۳۹۷ به صورت هدفمند با مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته انجام شد و تا رسیدن به اشباع اطلاعات، (زمانی که همه کدها و طبقات تکمیل شده و اطلاعاتی که نیاز به کد جدید یا توسعه کدهای موجود نداشته باشد)، ادامه یافت. در مجموع ۲۹ نفر در این مطالعه شرکت داشتند. بیماران بالای ۱۸ سال که حداقل ۳ ماه تحت درمان با همودیالیز بوده و دارای پرونده فعال در مراکز همودیالیز نور و حضرت علی‌اصغر، الزهرا و امین بودند و تمایل و آمادگی مشارکت در پژوهش را داشتند و قادر به پاسخ‌گویی سؤالات محقق بودند (۹ نفر)، اعضای تیم سلامت شامل پرستاران (۹ نفر)، پزشکان متخصص (۴ نفر)، روانشناسان بالینی (۲ نفر) و مددکاران اجتماعی (۱ نفر) و کارشناس

تحقیق نشان داد که شیوع نارسایی مزمن کلیه در زنان ۱۸/۸۰ درصد و در مردان ۱۰/۸۳ درصد است که در مقایسه با میانگین جهانی نارسایی کلیه بالاتر است (۷).

بیماران مبتلابه نارسایی مزمن کلیه، جهت پیشگیری از اورمی و عوارض آن، برای باقیمانده عمر نیازمند درمان‌های جایگزین هستند. درمان‌های نجات‌بخش در این بیماران شامل همودیالیز، دیالیز صفاقی و پیوند کلیه است. رایج‌ترین روش درمان این بیماران در سراسر دنیا، درمان با همودیالیز است (۸). اگرچه درمان‌های جایگزین مانند دیالیز به حفظ جان بیماران کمک می‌کنند ولیکن از زمانی که بیمار درمان همودیالیز را شروع می‌کند، زندگی وی به‌طور کامل دست‌خوش تغییر می‌گردد؛ زیرا این بیماران باید رژیم‌های پیچیده‌ای را رعایت نمایند. این بیماران باید ۳ الی ۴ مرتبه در هفته و هر بار به مدت ۴ ساعت تحت همودیالیز قرار گیرند و ملزم به رعایت رژیم غذایی محدودیت مصرف مایعات و مصرف صحیح داروهای متعدد هستند. عدم رعایت رژیم غذایی منجر به هیپرکالمی، هیپر فسفاتمی و در نتیجه افزایش میزان بستری شدن و مرگ‌ومیر این بیماران می‌گردد (۹) همچنین عدم رعایت تبعیت از درمان در بیماران تحت درمان با همودیالیز، منجر به افزایش احتمال وقوع عوارض ناگوار حین دیالیز (هیپوتانسیون، کرامپ‌های عضلانی، سردرد، تهوع و استفراغ) (۱۰)، هیپرتروفی بطن‌ها و نارسایی مزمن قلب، اختلال در خون‌رسانی عروق کرونر، ایسکمی و نکروز میوکارد و آریتمی در این بیماران می‌گردد و در عین حال منجر به کاهش کیفیت زندگی و افزایش مرگ‌ومیر در این بیماران می‌گردد. لذا محدودیت مصرف مایعات و کنترل اضافه‌وزن در این بیماران مسئله‌ای حیاتی است (۱۱، ۱۲). میزان تبعیت از درمان به‌طور واضح بر روی پیامدهای بالینی این بیماران تأثیر گذار است؛ به طوری که عدم تبعیت درمانی این بیماران، به‌صورت مستقیم با پیامدهای بالینی وخیم‌تر مرتبط است. باوجود اهمیت بالایی که انجام رفتارهای تبعیت درمانی دارند، تعداد زیادی از بیماران همودیالیز از رژیم‌های درمانی توصیه‌شده تبعیت نمی‌کنند. در نتیجه به عواقب آن که کاهش کیفیت زندگی، افزایش ناخوشی‌ها و مرگ‌ومیر است، دچار خواهند شد (۹)

به‌منظور بهبود نتایج کلینیکی این بیماران مطالعات بسیار زیادی در مورد عوامل مؤثر در تبعیت از رژیم‌های درمانی صورت گرفته است تا بافهم بهتر این عوامل موانع موجود برطرف گردند. محققین عواملی مانند افزایش سن (۱۳) جنس مرد، سطح تحصیلات (۱۴)، مهارت‌های ارتباطی سیگاری بودن، طول مدت درمان و پیچیدگی آن (سابقه بیشتر از تحت دیالیز بودن)، سابقه دیابت، تاریخچه پیوند کلیه، عوارض جانبی داروها (۱۵)، طعم داروها و میزان نیاز به تغییر رفتار را به‌عنوان پیشگویی‌کننده‌های عدم

تحقیق حاضر از طریق کسب معرفی نامه‌ها و کسب اجازه بر انجام تحقیق از طریق دانشکده و محیط پژوهش انجام گردید تا اصول اخلاقی رعایت شود. پژوهش حاضر با کد اخلاقی IR.MUI.REC.1397.1.033 در کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به تأیید رسیده است. در نهایت داده‌ها با روش تحلیل محتوای گرنهایم و لاندمن (۲۰۰۴) آنالیز شدند. چهار معیار اعتبار، قابلیت اعتماد، تأییدپذیری برای صحت اطلاعات قابلیت انتقال کیفی به کار رفت. در پژوهش حاضر سعی شد، اعتبار داده‌ها حفظ شود. واژه‌ها اعتبار معادل واژه اعتبار داخلی در تحقیق کمی است و شامل فعالیت‌هایی است که احتمال تولید یافته‌های معتبر را افزایش می‌دهد. از راه‌های افزایش اعتبار می‌توان به درگیری مداوم و طولانی مدت در عرصه، مشاهده مداوم، تحلیل موارد منفی، بازبینی توسط هم‌تایان و بازبینی مشارکت‌کنندگان اطمینان بخشیدن به مشارکت‌کنندگان در مورد محرمانه ماندن اطلاعات و آزادی آن‌ها در ترک پژوهش در سرتاسر مراحل آن، توضیح کامل در مورد استراتژی‌های نمونه‌گیری و شیوه جمع‌آوری و آنالیز داده‌ها است. در پژوهش حاضر تلاش گردید با کمک روش‌های زیر، اعتبار (مقبولیت) یافته‌ها، افزایش یابد:

- پژوهشگر، برای جمع‌آوری داده‌های کیفی در این مطالعه حدود ۶ ماه در محیط پژوهش حضور داشت و سعی کرد با حضور و درگیری طولانی مدت در انجام مصاحبه‌ها به جمع‌آوری اطلاعات معتبر کمک کند.

- در این پژوهش، از مصاحبه‌های عمیق، برای دستیابی به داده‌های عمیق استفاده شد.

- مشارکت‌کنندگان با حداکثر تنوع از نظر نوع (بیمار، اعضای خانواده، پزشک، پرستار، روانشناس بالینی، مددکار اجتماعی و کارشناس تغذیه)، جنس، سطح تحصیلات، سطح اقتصادی-اجتماعی، شغل، تخصص و نسبت با بیمار، انتخاب شدند.

- پژوهشگر، از روش بازبینی توسط مشارکت‌کنندگان، برای تأیید صحت داده‌ها و کدهای استخراج شده و یا اصلاح آن‌ها استفاده کرد. بدین صورت که بعد از کدگذاری ۵ مصاحبه، متن آن‌ها همراه با کدهای داده‌شده به خود شرکت‌کنندگان بازگردانده شد تا از صحت کدها اطمینان حاصل شود و در موارد خاص، کدهایی که بیانگر دیدگاه آن‌ها نبود، اصلاح گردید.

- پژوهشگر، از روش بررسی هم‌تایان نیز برای تأیید اعتبار (مقبولیت داده‌ها)، استفاده کرد. بدین صورت که داده‌های پژوهش و مراحل کدگذاری و رسیدن به طبقات، توسط سه نفر از افراد صاحب‌نظر و آشنا با پژوهش‌های کیفی که در پژوهش شرکت نداشتند، بررسی شد تا از تطبیق و هم‌خوانی کدها و طبقات با داده‌ها اطمینان حاصل شود.

تغذیه (۱ نفر) که دارای حداقل سه سال سابقه کار در بخش همودیالیز بودند و مراقبین بالای ۱۸ سال که به‌عنوان همراه بیمار مسئولیت مراقبت و رفت‌وآمد بیمار را بر عهده‌داشتند و قادر به پاسخ گویی سوالات محقق بودند (۳ نفر)، به‌طور داوطلبانه در تحقیق حاضر شرکت نمودند. مصاحبه‌های داخل بیمارستان، پس از انجام هماهنگی‌های لازم، در یک اتاق راحت و خلوت در مراکز فوق‌الذکر صورت گرفت و جهت مصاحبه با اعضای گروه سلامت، پژوهشگر به مطب، کلینیک و یا بیمارستان‌ها یا دفتر آن‌ها در دانشگاه مراجعه نمود. میانگین سنی مشارکت‌کنندگان ۴۱ سال بود. میانگین مدت زمان انجام مصاحبه‌ها با مشارکت‌کنندگان، ۴۵ دقیقه بود. به‌طور اجمال، محقق با انجام امور ذیل سعی نمود، اصول اخلاقی را رعایت نماید. محقق خود به محیط پژوهش مراجعه کرده و از افرادی که مشخصات نمونه را داشته و تمایل به مشارکت در تحقیق داشتند با توضیح هدف مطالعه رضایت نامه کتبی گرفت، سپس مصاحبه‌ها با توافق مشارکت‌کننده‌ها، در مکان‌های مورد توافق انجام گردید. در راستای هدف کلی مطالعه، ابتدا چند سؤال طراحی گردید (نمونه سؤالاتی که از مددجویان پرسیده شد عبارت بودند از: همیشه اثرات بیماری روی زندگی تون را برام شرح بدهید؟ به نظر تان چه عواملی باعث می‌شوند که بیماران به موقع به بخش همودیالیز مراجعه نکنند؟ به نظر تان چه عواملی بر روی میزان رعایت محدودیت مصرف مایعات توسط شما تأثیر می‌گذارد؟ به نظر تان رعایت محدودیت رژیم غذایی تا چه اندازه اهمیت دارد؟ به نظر تان چه عواملی بر میزان رعایت دستورات دارویی تأثیر گذار است؟ به نظر تان چه عواملی، منجر به ارتقا تبعیت بیماران از درمان می‌شود؟ همچنین نمونه سؤالات مصاحبه با کارکنان حرفه‌ای به این شرح بود: به نظر تان چه عواملی تبعیت از درمان در بیماران تحت درمان با همودیالیز را تسهیل می‌کنند؟ به نظر تان چه موانعی برای تبعیت از درمان در بیماران تحت درمان با همودیالیز وجود دارد؟ چه راهکارهایی را برای بهبود تبعیت از درمان در بیماران تحت درمان با همودیالیز، پیشنهاد می‌کنید؟ مصاحبه‌ها توسط محقق، با کسب اجازه از مشارکت‌کنندگان ضبط گردید. مصاحبه‌های ضبط شده، کلمه به کلمه پیاده گردید و به تمامی مصاحبه شونده‌ها اطمینان داده شد که مصاحبه فقط توسط محقق روی کاغذ پیاده شده و هیچ گونه اطلاعات هویتی که موجب شناسایی آنها شود، آورده نمی‌شود. همچنین به مشارکت‌کنندگان اطمینان داده می‌شد که پس از اخذ نتایج لازم، فایل‌های صوتی پاک خواهد شد. بدین لحاظ و به جهت رعایت کامل ضروریات اخلاقی تحقیق برای هر مصاحبه شونده نام‌های استعاری داده شد. در این پژوهش از طریق کسب رضایت آگاهانه، محرمانه نگه داشتن اطلاعات، داشتن حق کناره‌گیری از پژوهش در هر زمانی که شرکت‌کننده بخواهد سعی در رعایت اخلاق پژوهش گردید، هم چنین

اطمینان از حصول این امر بخشی از مصاحبه‌ها و رونوشت آن‌ها به همراه کدگذاری انجام شده در اختیار سه نفر از همکاران پژوهشگر و متخصص در پژوهش‌های کیفی قرار داده شد تا صحت کدگذاری توسط آن‌ها تأیید گردد.

### یافته‌ها

از تجزیه و تحلیل داده‌ها ۶۰۰ کد اولیه و ۶۴ زیر طبقه و ۱۳ طبقه فرعی و در نهایت ۴ طبقه اصلی عوامل مرتبط با بیمار (سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، سطح درآمد، سطح اجتماعی-اقتصادی، سطح دانش و آگاهی، فراموشی، عقاید و باورهای بیمار، انگیزه بیمار، اعتماد به نفس، توان خودمراقبتی، میزان کارآمدی، وضعیت روانشناختی بیمار (افسردگی و اضطراب)، میزان سازگاری با بیماری، تطابق درمان با زندگی معمول، سبک مقابله‌ای)، عوامل اجتماعی-اقتصادی (میزان حمایت خانواده، دوستان و گروه‌های هم‌تا، انگ اجتماعی، سهولت دسترسی به دارو و پزشک، میزان حمایت مالی)، عوامل مرتبط با درمان (طول مدت درمان با همدیالیز، سابقه پیوند کلیه، عوارض جانبی داروها، تعداد داروها، پیچیدگی رژیم دارویی، طعم دارو، نوع بسته بندی دارو)، عوامل مرتبط با اعضای تیم سلامت (نحوه ارتباط اعضای تیم سلامت با بیمار، رعایت استانداردهای نیروی انسانی، درجه اعتماد بیمار به اعضای تیم سلامت) پدیدار شد. در جدول شماره ۱، مشخصات دموگرافیک واحدهای پژوهش و در جدول شماره ۲، چگونگی شکل گیری مضامین و طبقات آمده است.

#### ۱- عوامل مرتبط با بیمار:

طبقه اصلی، عوامل مرتبط با بیمار، از دو زیرطبقه ویژگی‌های جمعیت شناختی و وضعیت روانشناختی، تشکیل شد. در مطالعه حاضر مشارکت‌کنندگان معتقد بودند، ویژگی‌های فردی (از جمله سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، سطح درآمد، سطح اجتماعی-اقتصادی، سطح دانش و آگاهی، عقاید و باورهای بیمار، انگیزه بیمار، درجه مسئولیت پذیری بیمار، اعتماد به نفس، میزان کارآمدی و توان خودمراقبتی اش) و همچنین وضعیت روانشناختی بیمار (افسردگی، اضطراب، میزان سازگاری و تطابق فرد با بیماری‌اش و سبک مقابله‌ای بیمار (توان حل مساله) بر میزان تبعیت از درمان بیمار تأثیر گذار است.

#### ۱-۱: ویژگی‌های جمعیت شناختی:

بسیاری از اعضای تیم سلامت یکی از موانع تبعیت از درمان را فقدان دانش یا درک از بیماری می‌دانستند و معتقد بودند بیمارانی که سطح تحصیلات بالاتری دارند، تبعیتشان از درمان بهتر است زیرا باعث می‌شود، بیمار موقعیت‌های پیش آمده توسط بیماری را بهتر کنترل نماید و بیشتر در فرایند درمان خود درگیر شود.

پژوهشگر، دلیل و هدف از استفاده از روش تحلیل محتوای کیفی، استراتژی نمونه‌گیری، مراحل و شیوه جمع‌آوری و آنالیز داده‌ها را به صورت مبسوط و مرحله‌به‌مرحله در روش کار توضیح داده است

همچنین پژوهشگر سعی کرد انتقال‌پذیری داده‌ها را رعایت کند. انتقال پذیری، مشابه تعمیم‌پذیری است؛ یعنی نشان می‌دهد یافته‌های کیفی تا چه قابلیت انتقال یا کاربرد در زمینه‌ها و گروه‌های دیگر را دارد. وظیفه محقق آن است که توصیفی کافی در مورد کارش ارائه دهد تا خوانندگان قابلیت کاربرد داده‌های مطالعه او را به سایر زمینه‌ها ارزشیابی کنند. پژوهشگر جهت افزایش قابلیت انتقال داده‌ها سعی کرد تا مراحل اجرایی کار را به روشنی و وضوح ارائه دهد تا روند پژوهش قابل پیگیری بوده و سایرین بتوانند در مورد قابلیت انتقال داده‌ها به قضاوت بنشینند.

همچنین پژوهشگر سعی کرد قابلیت اعتماد داده‌ها را رعایت کند. قابلیت اعتماد در واقع به ثبات داده‌ها تحت تأثیر زمان و شرایط اشاره می‌کند. سؤال مربوط به این معیار این است که اگر تحقیق با همان شرکت‌کنندگان (شرکت‌کنندگان مشابه) و در همان زمینه یا زمینه مشابه تکرار شود، آیا یافته‌های مطالعه مجدداً تکرار می‌شوند. همچنین قابلیت اعتماد، به وسعت به کارگیری فرضیات محققان در شرایط دیگر اطلاق می‌شود و به میزان تأیید خصوصیات داده‌های ارائه‌شده به وسیله محقق توسط سایر خوانندگان یا داوران نتایج تحقیق گفته می‌شود. در این مطالعه، پژوهشگر سعی کرد تا رویدادها و تصمیمات مربوط به مراحل مختلف پژوهش از جمله مصاحبه و تجزیه و تحلیل داده‌ها را به طور دقیق و جز به جز مستند و ثبت کند تا امکان حساسرسی برای دیگران فراهم شود.

همچنین تأییدپذیری داده‌ها رعایت شد. منظور از تأیید پذیری درجه توافق بین چند نفر مستقل در مورد درستی و مربوط بودن معانی داده‌هاست یعنی باید نظر مشارکت‌کنندگان در یافته‌ها ظهور داشته باشد نه دیدگاه‌ها انگیزه‌ها و سوگرایی‌های وی. تأیید پذیری، در واقع از طریق حساسرسی در خصوص گردآوری و تجزیه و تحلیل داده صورت می‌گیرد تا در مورد هرگونه تورش و انحراف قضاوت صورت گیرد. محقق مسئولیت تأمین داده‌های لازم را جهت این که محققین دیگر به نتایج مشابه مطالعه برسد را به عهده دارد و آنچه اهمیت دارد این است که داستان استخراج‌شده همان داستان مشارکت‌کنندگان باشد. محقق از طریق بیان فرایندهای دقیق بررسی داده‌ها و گزارش موارد منفی که با مشاهدات قبلی در تناقض است می‌تواند در راستای تأیید پذیری گام بردارد. لذا در این مطالعه، پژوهشگر تلاش نمود تا ابتدا دیدگاه‌های خود را در زمینه موانع و تسهیل‌گرهای تبعیت از درمان در بیماران تحت درمان با همدیالیز بشناسد و در تمام مراحل تحقیق از سوگرایی اجتناب نماید. جهت

**۱-۲: وضعیت روانشناختی:**

افسردگی و عدم سازگاری فرد با بیماری‌اش، منجر به عدم مشارکت آنها در درمان می‌شود و سلامت آنان را به مخاطره می‌اندازد. پرستاران و روانشناسان معتقد بودند که با ارزیابی وضعیت روان‌شناختی بیماران و درمان اختلالات خلقی آنها، ایجاد حمایت‌های اجتماعی به‌واسطه اعضای خانواده، دوستان و گروه‌های همتا، تشویق بیمار به رفتارهای خود مدیریتی حل خود تنظیمات، خودکنترلی و خود تشویقی، ارتقا سبک‌های مقابله‌ای، ایجاد نگرش مثبت و ارتقا حمایت معنوی از بیماران، می‌توان به بهبود وضعیت روان‌شناختی و در نتیجه بهبود تبعیت از درمان بیماران کمک نمود. یکی از پرستاران گفت: ".... بسیاری از بیماران به دلیل عدم سازگاری با بیماری‌شان، از رژیم دارویی یا غذایی‌شان تبعیت نمی‌کنند. به دنبال تشخیص نارسایی کلیه، بیماران واکنش‌های احساسی از جمله انکار و افسردگی دارند که تأثیر منفی بر تبعیت از درمان دارد. بیمار در مرحله انکار، پیگیر درمانش نیست. به هر حال آنچه مهم است این است که به این واکنشها، بخصوص اضطراب افسردگی بیمار توجه نماییم و بررسی و مانیتورینگ اضطراب و افسردگی بیماران باید جزئی از روند درمان باشد" (N711)

یکی از روانشناسان گفت: "..... برای ادامه زندگی باید راه‌های سازگاری و تطابق با بیماری‌شان به اونها آموزش داده بشه. به اونا باید کمک کرد تا با پیشرفت بیماری‌شان سازگار شوند. اعضای تیم درمان در حوزه‌هایی مانند تصمیم‌گیری در مورد پروسیجرهای درمانی، تطابق با پروسه‌های درمانی و تغییر در سبک زندگی به بیمار می‌توند کمک کنند. مهارت‌های حل مشکل باید به بیماران، آموزش داده شود. به بیمار باید آموزش‌های لازم در زمینه چگونگی مدیریت بیماری داده شود. به بیمار باید کمک کرد که باور کند، بیماری‌اش تحت کنترل خودش است، اگر بیمار احساس خودکنترلی داشته باشد، راحت‌تر با بیماری‌اش کنار میاد و دستورات مراقبتی و درمانی را رعایت می‌کنه" (PSY211).

**۲-عوامل مرتبط با اعضای تیم سلامت:**

طبقه اصلی، عوامل مرتبط با اعضای تیم سلامت از ۶ زیرطبقه نحوه ارتباط اعضای تیم سلامت با بیمار، نیاز به رعایت استانداردهای نیروی انسانی، نیاز به افزایش انگیزه پرستاران دیالیز، نیاز به بهبود مدیریت سرپرستاران، نیاز به پزشک مقیم و لزوم اصلاح نحوه آموزش به بیمار، تشکیل شد.

**۲-۱: نحوه ارتباط اعضای تیم سلامت با بیمار:**

بیماران یکی دیگر از جنبه‌های مهم کمک پرستاران به خودشان را پاسخ گویی مسئولانه آن‌ها به سؤالات خود و افزایش اطلاعاتشان از این طریق اعلام نمودند. پاسخ گویی مناسب به سؤالات و دادن اطلاعات لازم به بیمار سبب افزایش رضایت بیماران از فرایند درمان

و مراقبت می‌گردد. مشارکت کنندگان بیان می‌نمودند به علت این که در بخش همودیالیز زمان بیش‌تری با پرستاران در تماس می‌باشند، می‌توانند اطلاعاتی زیادی را جهت مراقبت از خود، در سایه پاسخ گویی مسئولانه پرستاران به سؤالات خود کسب کنند. باتوجه به این حقیقت، پرستاران با آموزش‌های مناسب خود در بخش‌های همودیالیز می‌توانند نقش مهمی را در بالا بردن میزان اطمینان بیماران در انجام رفتارهای خودمراقبتی ایفا نمایند. صحبت کردن پرستار با بیمار پیرامون موقعیت او بعضاً خواهد توانست منجر به ارتقا سازگاری و تبعیت از درمان در بیمار خواهد شد. از طرفی مشارکت کنندگان عنوان نمودند، یکی از عوامل مؤثر در تبعیت از درمان، نحوه ارتباط اعضای تیم سلامت با بیمار است، آن‌ها معتقد بودند چنانچه پزشکان و پرستاران، وقت کافی برای بیمار بگذارند، رابطه همدلانه و مبتنی بر احترام داشته باشند، این مسئله منجر به بهبود اعتماد بیمار و در نتیجه بهبود تبعیت از درمان آنها خواهد شد.

یکی از پرستاران گفت: " رفتار حمایتی مناسب پرستاران نقش مهمی در احساس آرامش و راحتی، امنیت، و اعتماد آنها و سازگاری با همودیالیز دارد، سازگاری و قبول بیماری منجر به تبعیت بهتر از درمان میشه، کلاً مریضا حرف پزشکان و پرستارانی را که دل به دلشون می‌دند را بیشتر قبول دارند و به پیشنهاداتشون بهتر عمل می‌کنند" (N911).

**۲-۲: نیاز به رعایت استانداردهای نیروی انسانی:**

در مطالعه حاضر شرکت‌کنندگان معتقد بودند که پرستاران انگیزه کافی برای آموزش به بیمار ندارند و با بهبود حقوق و مزایا، ارتقا انگیزه پرستاران، رعایت نسبت پرستار به بیمار، عدم جایابی پرستاران باتجربه، انتخاب سرپرستاران شایسته، تقویت بعد نظارتی سرپرستاران و ارائه بازخوردهای صحیح توسط سرپرستار به کارکنان می‌توان کیفیت آموزش به بیمار و در نتیجه تبعیت از درمان بیماران بهبود بخشید. بسیاری از پرستاران معتقد بودند به دلیل عدم رعایت نسبت پرستار به بیمار، فرصت کافی برای آموزش به بیمار ندارند و نمی‌توانند برای آموزش بیماران فرصت کافی بگذارند

**۲-۳: نیاز به افزایش انگیزه پرستاران دیالیز:**

در مطالعه حاضر شرکت‌کنندگان معتقد بودند معتقد بودند به دلیل ناعادلانه بودن حقوق و مزایا، عدم دریافت بازخوردهای مناسب از مقام مافوق، انگیزه لازم برای آموزش به بیمار را ندارند. یکی از مهم‌ترین عوامل در ارتقا کیفیت مراقبت که پرستاران تأکید زیادی بر آن داشتند، بهبود حقوق و مزایای آن‌ها بود. از دیدگاه شرکت‌کنندگان حقوق و دستمزد پرداختی کارکنان عادلانه و منصفانه بودن نیست و همین مسئله منجر به کاهش انگیزه کارکنان جهت ارائه خدمات باکیفیت مناسب می‌گردد. آن‌ها داده‌های خود را

یکی از پزشکان گفت: "..... بیماریان نیاز به آموزش دارند. آموزش رژیم غذایی، مراقبت از اکسس، درمان‌های جایگزین موجود. یک سری از بیمارانی که پزشک خود اعتماد نمی‌کنند. چون یک مقدار پارانویید هستند و فکر می‌کنند ما هر کاری را از جنبه‌ی سودآوری نگاه می‌کنیم. بیمارانی ما باید یاد بگیرند داروهای خود را درست مصرف کنند، محدودیت مصرف مایعات هم خیلی مهم است. چون به دلیل عدم مصرف مایعات، بیمار تنگی نفس و آدم ریه پیدا می‌کند. درحالی‌که اگر به بیمار آموزش داده شود، این مشکل بیمار کم می‌شود. برخی بیمارانی که دیوار یا سد حائل دارند که نمی‌شود بشون آموزش داد. به نظر من پرسنل نقش بسیار مهمی را در آموزش دارند (D4II).

### ۳- عوامل مرتبط با درمان:

طبقه اصلی عوامل مرتبط با درمان، از دو زیر طبقه تاریخچه بیماری و نوع رژیم دارویی تشکیل شد.

۳-۱. تاریخچه بیماری: در مطالعه حاضر شرکت‌کنندگان معتقد بودند که تاریخچه بیماری (طول مدت درمان با همودیالیز، شدت علائم بیمار، سابقه پیوند کلیه) بر میزان تبعیت از درمان بیمارانی تحت درمان با همودیالیز مؤثر است.

یکی از پزشکان گفت: "برخی از بیمارانی در مراحل اند استیج هستند و باید برای آنها مراقبت تسکینی شروع بشود و عملاً هم بیمار و خانواده دیگه امیدشون را از دست می‌دهند و تمایلی به مصرف داروهایشون ندارند"

یکی از پرستاران گفت: "بیمارانی که یکبار پیوند شدند و پیوندشون پس زده است، معمولاً حواسشون را بیشتر جمع می‌کنند، چون می‌دونند که عدم مصرف صحیح داروها چه عوارضی براشون داره، یکی از بیمارمون پس از ۲۰ سال پیوند، دو روز داروی سل سپت را مصرف نکرده بود و دوز دگزامتازون را سر از خود کاهش داده بود، پیوندش پس زده، برا همین دیگه حواسشو جمع می‌کنه"

### ۳-۲. نوع رژیم دارویی:

در مطالعه حاضر شرکت‌کنندگان معتقد بودند که نوع رژیم دارویی (عوارض جانبی داروها، تعداد داروها، پیچیدگی رژیم دارویی، طعم دارو و نوع بسته بندی دارو) نیز بر تبعیت از درمان تأثیر گذار است، زیرا هر چه پیچیدگی رژیم دارویی بیشتر باشد، امکان فراموشی، تداخل دارویی بیشتر است. بسیاری از بیمارانی تحت درمان با همودیالیز جهت درمان هیپرتانسیون، دیابت، هیپرفسفاتمی و آنمی باید داروهای متعددی دریافت کنند و این پیچیدگی میزان تبعیت آنها از درمان را کاهش و شانس فراموشی را افزایش می‌دهد. همچنین مشارکت کنندگان عنوان نمودند که شکل و اندازه قرص‌ها نیز بر میزان تبعیت آنها تأثیر گذار است. آنها عنوان نمودند که آن دسته از قرص‌های فسفات باندر که بزرگ هستند، خوردن آنها

(تحصیلات، تجربه، کوشش و تعهدشان در مراقبت از بیمار) را با ستادهایی که از سازمان دریافت می‌کردند که مهم‌ترین و مشهودترین آن نزد آن‌ها حقوق و دستمزد بود، مورد بررسی و مقایسه قرار می‌دادند و بعد با مقایسه ستادهای دیگری و داده‌های خود با داده‌های دیگری، ابراز می‌نمودند، حقوق و مزایای پرداختی به آن‌ها در مقایسه با پزشکان و سایر پرستاران بیمارستان، منصفانه نیست و این در حالی است که پزشکان حتی حاضر نیستند برای آموزش بیمارانشان وقت کافی بگذارند، از طرفی پزشکان نیز معتقد بودند به دلیل حجم بالای مراجعین نمی‌توانند برای بیمارانی وقت کافی بگذارند.

یکی از پزشکان گفت: "یکی از مهم‌ترین مسائلی که من تو مطب باهاش مواجه هستم، این‌که بیمارانی از دستورات تبعیت نمی‌کنند. این مسئله مدیریت علائم بیمارانی را مشکل می‌کند. در مطب، این‌قدر تعداد بیمارانی زیاده که فرصت آموزش به بیمار را نداریم. حتی اگر آموزش هم بدهیم، چون تکرار نمی‌شود و باز خورد از بیمار گرفته نمی‌شود، می‌ره از مطب بیرون فراموش می‌کنه. این درحالی‌که من فکر می‌کنم، چون پرستارها مدت‌زمان بیشتری با مریض‌ها هستند، بهتر می‌توانند به مریض‌ها آموزش بدنند. الان در دنیا بخصوص در بحث بیماری‌های مزمن، معتقدند، خود مراقبتی، خیلی مهمه. اگر بیمار، دستورات را خوب رعایت کنه، حتی نیاز به مراجعه به مطب هم کاهش پیدا می‌کنه" (D2II).

### ۴-۲. لزوم اصلاح نحوه آموزش به بیمار:

در مطالعه حاضر بسیاری از اعضای تیم سلامت معتقد بودند که بیمارانی در ابعاد دانش و نگرشی نیاز به آموزش دارند. آن‌ها معتقد بودند که بیمارانی به دلیل این‌که آموزش کافی دریافت نکرده‌اند، اطلاعات لازم را از منابع ناموثق کسب می‌کنند که حتی در برخی موارد برای بیمار مشکل‌ساز بوده است. بسیاری از اعضای تیم سلامت معتقد بودند که باید مهارت‌های سازگاری با بیماری، جهت تسهیل تطابق بیمارانی و تبعیت بهتر آن‌ها از درمان، به بیمارانی آموزش داده شود. این در حالی است که این مسائل مورد غفلت قرار گرفته‌اند. آموزش بیمار به عنوان فرآیندی که دانش، مهارت و نگرش مورد نیاز مراجعین و خانواده‌های آنان را برای مراقبت از خود، حفظ و پیشبرد سلامتی و سازگاری و تطابق با مشکلات سلامتی‌شان فراهم می‌سازد. در مطالعه حاضر شرکت‌کنندگان معتقد بودند که پرستاران و پزشکان در زمینه نحوه آموزش به بیمار، نیاز به آموزش دارند. بسیاری از بیمارانی معتقد بودند که در روزهای اول دیالیزشان که عملاً در آشفتگی‌های عاطفی تشخیص بیماری بودند، بمباران اطلاعات شدند، این در حالی است که اطلاعات خود مراقبتی باید بتدریج و متناسب با نیاز بیمار در اختیار او قرار گیرد

بار کاری اضافی بر خانواده تحمیل گردد لذا رژیم غذایی شان را رعایت نمی‌کردند.

یکی از بیماران گفت: "آقایم به دلیل مشکلات مالی و خانوادگی فوت کرد. به دلیل این که از کارافتاده بود و کسی را نداشت که حواسش بشون باشه فوت کرد. کسی نبود داروها را بخرم. زنش، پسرش از دستش خسته شده بودند. خیلی از بیمارانی که فوت می‌کنند، به دلیل عدم رسیدگی است. چه از نظر مالی، چه از نظر روحی و همه‌جوره. خیلی راحت از بین میرند. بیماران ۱۰۰ درصد خانواده هاشون باید آموزش ببینند. خانواده باعث می‌شه بیمار خودش را رها نکنه. خودش را ول نکنه" (P111).

یافته‌های حاصل از مصاحبه با مشارکت‌کنندگان، نشان داد که بسیاری از بیماران از اینکه محدودیت در رژیم غذایی شان را برای دیگران توضیح دهند، نگران هستند زیرا نگران انگ اجتماعی می‌باشند. بیماران عنوان می‌کردند که به دلیل ترس از انگ، احساس ضعف با ترحم دیگران، دوست‌نداشتن ترحم دیگران، دید منفی جامعه به بیمار، ترس از دست دادن موقعیت‌های اجتماعی و عدم حمایت توسط جامعه، بیماری خود را کتمان می‌کنند. برخی از مشارکت‌کنندگان عنوان نمودند که تمایل دارند که در اجتماع در رژیم غذایی معمولی داشته باشند، حتی اگر به علت عدم رعایت رژیم غذایی شان، دچار آدم ریه، تنگی نفس، عوارض حین دیالیز و خارش شوند.

یکی از بیماران گفت: "وقتی یک جایی دعوت میشم، اصلاً رژیم غذایی‌ام را رعایت نمی‌کنم، نه اینکه اهل مراعات نباشم، به دلیل اینکه آگه همین‌طور بگم اینو نمی‌تونم بخورم، هم بقیه معذب می‌شن و هم اینکه کنجکاو می‌شنند که مشکل من چیه؟ دوست ندارم مشکلاتم را برای بقیه توضیح دهم، دوست ندارم بگم دیالیزی هستم، از احساس ترحم دیگران و اینکه انگ بیماری بخورم، بدم می‌یاد، به همین دلیل همه چیز می‌خورم، حتی به قیمت اینکه بعدش تنگی نفس یا خارش داشته باشم"

#### ۴-۲: عوامل اقتصادی مؤثر در تبعیت از درمان:

در مطالعه حاضر، مشارکت‌کنندگان، مشکلات مالی را یکی از دلایل خود برای عدم تبعیت از درمان عنوان می‌کردند. بسیاری از بیماران تحت درمان با همودیالیز به دلیل ضعف، خستگی و نداشتن انرژی، خواب‌آلودگی، بی‌حسی اندام‌ها، خشکی دهان، درد، خارش و سوءتغذیه توان کار کردن را ندارند و به دلیل بیکاری و از کارافتادگی قادر به پرداخت هزینه‌های ویزیت، دارو و آزمایش‌ها، کار گذاشتن راه‌های دسترسی عروقی (فیستول و پرمیکت) نمی‌باشند و یا نمی‌توانند غذای متناسب رژیمی خود را تأمین نمایند.

یکی از بیماران گفت: «من هر بار که میرم مطب، ۳۵ تا ۴۰ هزار باید بدم، به‌رحال ویزیت، آزمایش‌ها و داروها خودش هزینه‌بر است.

مشکل‌تر است، به همین دلیل مایعات بیشتری با آن مصرف می‌کنند و همین مسئله منجر به افزایش میزان اضافه وزن بین جلسات آن‌ها می‌گردد.

یکی از بیماران گفت: "من هر زمان رنازل می‌خورم، بعدش دچار سردرد شدید و تهوع و استفراغ میشم. معده‌ام خیلی ضعیفه، حتماً باید دارو هام را با معده پر بخورم. به دکترم هم گفتم که با این دارو خیلی اذیت میشم، گفته باید تحمل کنی، حاضرم خارش داشته باشم و دردهای استخوانی را تحمل کنم ولی این قرص‌ها را نخورم" (P812)

یکی از بیماران گفت: "من روزی باید ۲۵ تا قرص بخورم، با هر کدومشون هم یک نصف لیوان آب بخورم، می‌دونید، چقدر باید آب بخورم. به ما می‌گند در بین جلسات دیالیز بیش از ۲ کیلو اضافه نداشته باشی ولی با این همه قرص چطور میشه مراعات کرد" (P511)

#### ۴-عوامل اجتماعی-اقتصادی:

طبقه اصلی عوامل اجتماعی-اقتصادی، از دو زیرطبقه عوامل اجتماعی و عوامل اقتصادی، تشکیل شد. در مطالعه حاضر مشارکت‌کنندگان معتقد بودند، میزان حمایت خانواده، حمایت اجتماع، حمایت دوستان، گروه‌های هم‌تا و حمایت اعضای تیم سلامت، ارتقا فرهنگ جامعه (انگ نزدن به بیماران در اجتماع) و همچنین سهولت دسترسی به دارو و پزشک و حمایت مالی از بیماران بر میزان تبعیت از درمان آن‌ها تأثیر گذار است.

#### ۴-۱: عوامل اجتماعی مؤثر در تبعیت از درمان:

در مطالعه حاضر مشارکت‌کنندگان معتقد بودند که به دلیل دید منفی جامعه به بیمار، ترس از دست دادن موقعیت‌های اجتماعی و عدم حمایت توسط جامعه، بیماری خود را کتمان می‌کنند و ایزوله می‌شوند. این مسئله باعث می‌شود که صرفاً خانواده درگیر مراقبت از بیمار شوند ولیکن بعد از گذشت مدت‌زمانی به دلیل طولانی بودن سیر بیماری و فشار بالای مراقبتی توسط خانواده‌هایشان نیز طرد می‌شوند و احساس رهاشدگی دارند. از آنجاکه بسیاری از این بیماران در بعد رفت‌وآمد (شرکت مرتب در جلسات همودیالیز)، تهیه غذا و رعایت رژیم غذایی و دارویی به خانواده‌هایشان وابسته هستند. طرد بیمار، تبعیت از درمان و مرگ‌ومیر این بیماران را تحت تأثیر قرار می‌دهد. از طرفی خانواده بیماران عنوان می‌نمودند که نمی‌دانند چطور باید با تغییر سبک زندگی‌شان و خلق منفی بیماران سازگار شوند و نیاز به حمایت و آموزش در این زمینه‌دارند لذا جهت ارتقا تبعیت از درمان این بیماران، ارتقا حمایت از این بیماران باید موردتوجه مسئولین قرار گیرد. از طرفی برخی از بیماران به دلیل احساس سربار بودن رژیم غذایی‌شان را رعایت نمی‌کنند. برخی از بیماران معتقد بودند که محدودیت در رژیم غذایی آنها باعث می‌شود سایر افراد خانواده نیز رژیم غذایی‌شان تحت تأثیر قرار گیرد یا اینکه

اگر یک حقوق ثابتی بیمار داشت که مشکلی نداشت مثلاً تعویض پرمیکت خودش ۳/۵ میلیون تومان هزینه داره. یا مثلاً همین فیستول یا گرافت. می دونین چندین میلیون هزینه داره؟ خودش ۴-۵ میلیون هزینه داره. فکر می کنید من چرا دوباره فیستول نگذاشتم؟ چون پول شو نداشتم. الان مستأجر هستیم، کرایه خونه را خودم می دم. تو این تورم چیکار باید بکنیم؟» (P111).

جدول (۱): مشخصات دموگرافیک واحدهای پژوهش

میانگین سن	جنس (مرد/زن)	تأهل	تحصیلات	میانگین سابقه کار	مشارکت کنندگان
۳۸	۲ نفر مرد و ۷ نفر زن	۲ نفر مجرد ۷ نفر متأهل	انفر کارشناسی ارشد ۸ نفر کارشناس	۱۱ سال	پرستاران (۹ نفر)
۵۰	۲ نفر مرد و ۲ نفر زن	۴ نفر متأهل	۴ نفر فوق تخصص نفرولوژی	۱۵ سال	پزشکان متخصص (۴ نفر)
۴۶	۱ نفر مرد و ۱ نفر زن	۲ نفر متأهل	۱ نفر دکتری روانشناسی ۱ نفر روانپزشک	۱۳ سال	روانشناسان بالینی (۲ نفر)
۴۸	انفر زن	انفر متأهل	انفر کارشناس	۲۵ سال	مددکاران اجتماعی (۱ نفر)
۳۲	انفر زن	انفر مجرد	انفر کارشناسی ارشد	۸ سال	کارشناس تغذیه (۱ نفر)
۳۰	۳ نفر زن	انفر مجرد ۲ نفر متأهل	انفر کارشناس انفر دیپلم انفر ابتدایی	-	مراقبین (۳ نفر)
۴۴	۷ نفر مرد و ۲ نفر زن	انفر مجرد ۲ نفر مطلقه ۶ نفر متأهل	انفر کارشناس انفر دیپلم انفر زیر دیپلم	-	بیماران (۹ نفر)

جدول (۲): چگونگی شکل گیری مضامین و طبقات

زیرطبقه	طبقات فرعی	طبقات اصلی
سن		
جنس		
سطح تحصیلات		
وضعیت تأهل		
سطح درآمد	ویژگی های جمعیت شناختی	
سطح اجتماعی-اقتصادی		عوامل مرتبط با بیمار
سطح دانش و آگاهی		
فراموشی		
عقاید و باورهای بیمار	وضعیت روانشناختی	
انگیزه بیمار		



		احساس محرومیت
		ویژگی‌های شخصیتی
		پذیرش مسئولیت بیماری (مسئولیت پذیری)
		اعتماد به نفس
		توان خودمراقبتی
		توان خودمدیریتی
		میزان کارآمدی
		افسردگی
		اضطراب
		میزان سازگاری با بیماری
		تطابق درمان با زندگی معمول
		سیک مقابله‌ای
	طول مدت درمان با همودیالیز	
	تاریخچه بیماری	سابقه پیوند کلیه
		عوارض جانبی داروها
عوامل مرتبط با درمان	عوامل مرتبط با نوع رژیم دارویی بیماران	تعداد داروها
		پیچیدگی رژیم دارویی
		طعم دارو
		نوع بسته بندی دارو
		تعامل مؤثر اعضای تیم سلامت با بیمار
		مشارکت بیمار در تصمیم گیری
		همدلی با بیمار
	نحوه ارتباط اعضای تیم سلامت با بیمار	جلب اعتماد بیمار
		نیاز به بهبود ارتباط پزشک و بیمار
		نیاز به بهبود ارتباط پرستار و بیمار
		رعایت استانداردهای نیروی انسانی
	نیاز به رعایت استانداردهای نیروی انسانی	نیاز به رعایت نسبت پرستار به بیمار
		نیاز به استفاده از پرستاران با تجربه
عوامل مرتبط با اعضای تیم سلامت		نیاز به بهبود حقوق و مزایا
	نیاز به افزایش انگیزه پرستاران دیالیز	نیاز به در نظر گرفتن مزایای خاص برای پرسنل دیالیز
		نیاز به انتخاب سرپرستاران شایسته
		نیاز به تقویت بعد نظارتی سرپرستاران
	نیاز به بهبود مدیریت سرپرستاران	نیاز به ارائه بازخوردهای صحیح توسط سرپرستار به پرسنل

عدم استطاعت مالی بیماران برای پرداخت

هزینه‌های ویزیت

در دسترس نبودن پزشک برای نسخه کردن

داروهای

نیاز به پزشک مقیم

آموزش مداوم در زمینه نحوه آموزش به بیمار

اختصاص دادن زمان کافی برای آموزش بیمار

نیاز به تهیه محتوای آموزشی ساده و قابل فهم

نیاز به ابزارهای کمک آموزشی

عدم بمباران اطلاعات

محیط مناسب یادگیری (عدم سروصدای

محیط)

نحوه آموزش به بیمار

لزوم مقیم نمودن کارشناس تغذیه در بخش‌های

همودیالیز

نیاز به نظارت بر رژیم غذایی بیماران

لزوم نظارت بر واحد تغذیه جهت تهیه غذای

رژیمی

نیاز به حمایت خانواده

نیاز به حمایت دوستان

عوامل اجتماعی مؤثر در تبعیت از درمان

گروه‌های همتا

نیاز به حمایت اعضای تیم سلامت

لزوم کم رنگ نمودن انگ اجتماعی

حمایت مالی

عوامل اجتماعی-اقتصادی

نیاز به حمایت بیماران در تهیه غذای رژیمی

نیاز به حمایت بیماران در تهیه دارو

عوامل اقتصادی مؤثر در تبعیت از درمان

نیاز به حمایت بیماران در کارگذاری اکسس‌های

عروقی

عدم استطاعت مالی بیماران برای پرداخت

هزینه‌های ویزیت

سهولت دسترسی به دارو و پزشک

## بحث و نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر بیانگر این نکته بود که عوامل متعددی بر میزان تبعیت از درمان بیماران تحت درمان با همودیالیز مؤثر است. این عوامل را می‌توان در ۴ طبقه عوامل مرتبط با بیمار، عوامل اجتماعی-اقتصادی، عوامل مرتبط با درمان و عوامل مرتبط با اعضای تیم سلامت، طبقه بندی نمود.

در مطالعه حاضر مشارکت‌کنندگان معتقد بودند، ویژگی‌های جمعیت شناختی و همچنین وضعیت روانشناختی بیمار بر میزان

تبعیت از درمان بیماران تأثیر گذار است. مشارکت‌کنندگان معتقد بودند بیماران مسن به دلیل اینکه تجربه بالاتری دارند، لذا در مواجهه با مشکلات بیشتر از روش‌های سازگاری مبتنی بر حل مسئله استفاده می‌کنند تا روش‌های مبتنی با هیجان لذا سازگاری آنها با شرایطشان و بالطبع تبعیت از محدودیت‌های رژیم غذایی بهتری دارند ولیکن با افزایش سن به دلیل فراموشی، میزان تبعیت آنها از رژیم‌های دارویی در مقایسه با بیماران جوان کم‌تر است. در مطالعه مقطعی که توسط چان و همکاران در ۱۸۸ بیمار تحت همودیالیز در

متحد و ۵ کشور اروپایی، انجام شد، آنالیز داده‌های این تحقیق نشان داد که بیماری که مدت زمان طولانی است که تحت همودیالیز هستند، در مقایسه با بیمارانی که به تازگی تحت همودیالیز قرار گرفته‌اند، تبعیت بهتری از محدودیت‌های رژیم غذایی و مایعات داشتند که هم راستا با مطالعه حاضر است (۲۳).

بر اساس نظریه شناخت اجتماعی بندورا، سازه خودکارآمدی، باورهای افراد در مورد قابلیت‌های خودشان برای اعمال کنترل در سطح عملکردشان و به رویدادهایی که زندگی آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد، مربوط است. خودکارآمدی شامل اعتماد و اطمینان از توانا بودن در انجام کارهای مراقبت از خود به‌طور مطلوب می‌باشد. احساس خودکارآمدی می‌تواند تمام جنبه‌های زندگی فرد را تحت تأثیر قرار دهد. خودکارآمدی پیشنهاد رفتار محسوب می‌شود، چراکه به‌عنوان بخش مستقلی از مهارت‌های اساسی فرد عمل می‌نماید. خودکارآمدی پایین می‌تواند سبب کاهش کارکرد شناختی و رفتاری در فرد شود. در مطالعه صورت گرفته بر روی رابطه خودکارآمدی و پیروی از مایعات و رژیم غذایی در بیماران دیالیزی، درک درست از عوامل جسمی و روانی می‌تواند در پایداری به رژیم غذایی و مایعات کمک کننده باشد و استراتژی به کارگیری خودکارآمدی می‌تواند در بهبود نگرش و افزایش انگیزه برای بهبود مشارکت مثبت در درمان خود مورد استفاده قرار گیرد. لذا ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی باید در مورد نگرش، باورها و موانع مؤثر بر بیماران خود توجه داشته تا با همکاری بیمار اقدام به طراحی، طرح درمانی واقع بینانه که مناسب شرایط زندگی فردی بیمار و آنچه فرد باید و می‌تواند انجام دهد باشد (۲۴). در مطالعه‌ای که توسط کپائو<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۴) باهدف " بررسی تأثیر آموزش خودکارآمدی بر میزان اضافه‌وزن بین جلسات بیماران تحت درمان با همودیالیز " انجام شد. آنالیز داده‌های این تحقیق نشان داد که آموزش خودکارآمدی، منجر به بهبود میزان مصرف مایعات بیماران گردید. لذا با ارتقا خودکارآمدی بیماران، می‌توان محدودیت مصرف مایعات در این بیماران را ارتقا بخشید (۲۵).

در مطالعه حاضر شرکت‌کنندگان معتقد بودند که طول مدت درمان با همودیالیز، تاریخچه بیماری، شدت علائم بیمار، سابقه پیوند کلیه، نوع رژیم دارویی (عوارض جانبی داروها، تعداد داروها، پیچیدگی رژیم دارویی، طعم دارو و نوع بسته بندی دارو) نیز بر تبعیت از درمان تأثیر گذار است. علاوه بر آن مشارکت کنندگان، عنوان نمودند برای غلبه بر این مشکلات معمولاً آب بیشتری با دارو مصرف می‌کنند یا چون رژیم دارویی پیچیده‌ای دارند، برای مصرف داروهایشان از یک روتین خاص پیروی می‌کنند. یکی از مهم‌ترین

مالزی انجام شد، آنالیز داده‌های این تحقیق نشان داد که همبستگی مثبتی بین سن و پایبندی به رژیم غذایی و دارویی وجود دارد (۲۰) در مطالعه‌ای که ملون ریگان و کورتیس (۲۰۱۳) در مورد عوامل مؤثر در رعایت رژیم‌های غذایی و دارویی در بیماران تحت درمان با همودیالیز<sup>۱</sup> انجام شد. آنالیز داده‌های این تحقیق نشان داد که در بین فاکتورهای دموگرافیک سن مهم‌ترین نقش را دارد به‌طوری که بیماران مسن رژیم غذایی خود را بیشتر رعایت می‌کردند که هم راستا با مطالعه حاضر است (۱۳). در مطالعه‌ای که توسط اسجی ناولین و همکارانش (۲۰۱۱) انجام شد، آنالیز داده‌های این تحقیق نشان داد که ۵۵/۴ درصد از این بیماران داروهای خود را به درستی مصرف نمی‌کردند. بسیاری از این بیماران به این مسئله اشاره کرده بودند که رعایت رژیم‌های درمانی برای آنها مشکل است و مهم‌ترین عوامل در عدم تبعیت از رژیم‌های درمانی را فراموشی و سطح پایین آگاهی مطرح کردند که هم راستا با نتایج مطالعه حاضر است (۲۱). همچنین در مطالعه حاضر مشارکت‌کنندگان معتقد بودند، فاکتورهای روانشناختی - اجتماعی از جمله میزان استرس، اضطراب و افسردگی باورهای بهداشتی، دانش، انگیزه، اعتماد به نفس، میزان حمایت اجتماعی و حمایت خانواده، سبک مقابله‌ای بیمار و رابطه بیمار و اعضای تیم سلامت بر میزان تبعیت از درمان بیماران تأثیر گذار است. در مطالعه‌ای که توسط لانا رمور و سلگاس (۲۰۱۲) انجام شد آنالیز داده‌های این تحقیق نشان داد که متغیرهایی مانند استرس اضطراب و افسردگی با میزان رعایت رژیم‌های درمانی رابطه‌ای عکس دارد (۱۷). در مطالعه‌ای که توسط پاینی و همکارانش (۲۰۱۲) با هدف بهبود رعایت رژیم‌های غذایی و دارویی و افزایش مسئولیت پذیری بیماران در قبال رعایت رژیم‌هایشان<sup>۱</sup> انجام شد. نتایج این مطالعه نشان داد که استفاده از درمان‌های شناختی - رفتاری منجر به بهبود افسردگی و در نتیجه بهبود رعایت رژیم‌های غذایی و دارویی در این بیماران گردید که هم راستا با مطالعه حاضر است (۲۲).

علاوه بر آن اعضای تیم سلامت عنوان نمودند که آن دسته از بیمارانی که مدت بیشتری است که تحت درمان با همودیالیز هستند به‌دلیل اینکه اطلاعات بیشتری در مورد لزوم خودمدیریتی و عوارض حاصل از عدم رعایت رژیم دارویی و غذایی دارند و سازگاری با شرایط حاصل از بیماری در آنها رخ داده است، در مقایسه با بیمارانی که جدید پذیرش شده‌اند، تبعیت بهتری از درمان دارند. خودمدیریتی شامل مهارت‌های یادگیری نظیر مهارت حل مشکل، تصمیم‌گیری در زمینه چگونگی مدیریت علائم و یادگیری تغییرات رفتاری است. در مطالعه‌ای که بر روی ۷۰۰۰ بیمار تحت همودیالیز در ژاپن، ایالات

<sup>1</sup> Qiao

و قادر به ایجاد ارتباطی مناسب و راحت با تیم درمان نبودند میزان عدم رعایت رژیم‌های درمانی هم در آنها بیشتر بود (۲۸). در مطالعه‌ای که توسط براون و مریقی (۲۰۱۰) با هدف بررسی موانع خود مدیریتی در مصرف داروهای خوراکی در بیماران تحت درمان با همو دیالیز<sup>۳</sup> انجام شد، آنالیز داده‌های این تحقیق نشان داد که میزان درک بیمار از دستورات پزشکی، عقاید بهداشتی و سلامتی، میزان رضایتمندی بیماران از تیم درمان و میزان حمایت اجتماعی از مهم‌ترین عوامل مؤثر در خود مدیریتی داروهای خوراکی در این بیماران است (۲۹). در مطالعه‌ای که توسط کارامنی دو و همکارانش (۲۰۰۸) در مورد "عوامل تعیین کننده در عدم رعایت فسفات بایندها در بیماران تحت درمان با همو دیالیز" انجام شد. آنالیز داده‌های این تحقیق نشان داد فاکتورهای روانی از جمله عقاید بیماران در مورد مصرف داروها و میزان حمایت‌های اجتماعی با میزان رعایت رژیم‌های دارویی مرتبط است که هم راستا با مطالعه حاضر است (۳۰).

از طرفی بیماران یکی از دلایل تبعیت ضعیف از درمان حمایت ناکافی خانواده عنوان کردند. به دلیل طولانی بودن دوره درمان و مشکلات متعددی که این بیماران با آن روبه‌رو می‌باشند، به‌مرور زمان میزان توجه اعضای خانواده به بیمار، کاهش می‌یابد و بسیاری از بیماران از خانواده طرد می‌شوند. این در حالی است که این بیماران در انجام بسیاری از کارهای خود (رفت و آمد به دیالیز، ملاقات پزشک و یا تهیه غذای رژیمی) به دیگران وابسته می‌باشند. در بسیاری از مطالعات به حمایت اجتماعی خانواده و دوستان به‌عنوان یکی از مهم‌ترین پیش‌بینی کننده‌های تبعیت از درمان اشاره شده است (۹)، (۱۷).

حمایت اجتماعی به‌عنوان یک عامل روان‌شناسی اجتماعی است که به‌عنوان تسهیل‌کننده رفتار بهداشتی شناخته می‌شود و می‌تواند به تبعیت بیماران از رفتارهای خود مراقبتی و خنثی‌سازی تأثیرات نامطلوب و فشارهای روانی کمک نماید. علاوه بر تأثیر مثبتی که محققین در مورد حمایت اجتماعی ذکر کردند، توجه به درک بیمار در این زمینه نیز دارای اهمیت است. به‌عبارت‌دیگر، درک و نگرش بیماران نسبت به حمایت دریافت شده، مهم‌تر از میزان حمایت ارائه‌شده به بیمار است (۳۱). در مطالعه حاضر بیمارانی که تبعیت از درمان ضعیفی داشتند، حمایت خانواده خود را ضعیف ارزیابی می‌کردند و حتی معتقد بودند طرد شدن بیمار از خانواده منجر به افزایش عوارض بیماری و مرگومیر بیماران می‌گردد.

مشکلات بیماران، عوارض جانبی داروها و طعم نامناسب داروها بود، آن‌ها عنوان نمودند که از آنجاکه فواصل ویزیت‌های پزشکی زیاد است، چنانچه در این فاصله، عارضه‌ای را تجربه کند تا فاصله ویزیت بعدی، داروهای خود را قطع می‌کنند. این در حالی است که آنها سه بار در هفته به بخش همودیالیز، مراجعه می‌کنند و پرستاران می‌توانند میزان تبعیت بیمار از داروها جدیدشان را مورد ارزیابی قرار دهند و در صورت عدم سازگاری بیمار با دارویی، آن را به پزشک گزارش دهند تا از داروهای مشابه برای بیمار استفاده کنند. در مطالعه کیفی که توسط لیندبرگ<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۸)، با هدف بررسی موانع مصرف فسفات بایندها در بیماران تحت درمان با همودیالیز انجام شد، آنالیز داده‌های این تحقیق نشان داد که کاربر پسند نبودن<sup>۴</sup>، پیچیدگی رژیم دارویی، فراموشی بیمار و عوارض جانبی دارویی‌ها از مهم‌ترین موانع تبعیت از رژیم دارویی بیماران است (۲۶). در مطالعه‌ای که توسط گیمیر<sup>۴</sup>، کاستلینو<sup>۵</sup>، جز<sup>۶</sup> و زایدی<sup>۷</sup> در استرالیا با هدف بررسی دیدگاه بیماران تحت درمان با همودیالیز در زمینه تبعیت از درمان صورت گرفت، آنالیز داده‌های این تحقیق نشان داد که دانش، عقاید و باورهای بیمار، خودکارآمدی، کیفیت رابطه بیمار با اعضای تیم سلامت، ویژگی‌های فیزیکی دارو، شیوه بسته بندی، عوارض جانبی، شرایط بیمار (شدت علائم، سطح اقتصادی-اجتماعی بیمار)، بر میزان تبعیت از درمان بیماران تأثیر گذار است (۲۷).

یکی از عوامل مؤثر بر میزان تبعیت بیماران، میزان آگاهی است. بیمارانی که مکانیزم عملکرد دارو و عوارض جانبی عدم رعایت رژیم خود را می‌دانند، معمولاً از تبعیت بیشتری از درمان خود دارند. در مطالعات متعددی به نقش آگاهی در بهبود تبعیت از درمان، اشاره شده است لذا آموزش به بیماران، به‌عنوان یک استراتژی جهت بهبود تبعیت از درمان باید مدنظر قرار گیرد. موضوع دیگر در بحث آموزش این بیماران، آموزش‌های روحی-روانی است، بسیاری از کارکنان معتقد بودند که باید مهارت‌های سازگاری با بیماری، جهت تسهیل تطابق بیماران و تبعیت بهتر آن‌ها از درمان، به بیماران آموزش داده شود. این در حالی است که این مسائل مورد غفلت قرار گرفته‌اند. همچنین در مطالعه حاضر مشارکت‌کنندگان معتقد بودند، رابطه بیمار و اعضای تیم سلامت بر میزان تبعیت از درمان بیماران تأثیر گذار است. در مطالعه‌ای که توسط آلن وین رایت و هات چینسون با هدف بررسی رابطه چگونگی ارتباط با تیم درمان و عدم رعایت رژیم‌های درمانی<sup>۳</sup> صورت گرفت. آنالیز یافته‌های این تحقیق نشان داد که اگر چه بسیاری از بیماران به تیم درمان اعتماد ندارند

<sup>۳</sup>Castelino<sup>۶</sup>Jose<sup>۷</sup>Zaidi<sup>۲</sup>Lindberg<sup>۳</sup>Non user-friendly<sup>۴</sup>Ghimire

هزینه‌های ویزیت، دارو و آزمایش‌ها، کار گذاشتن راه‌های دسترسی عروقی (فیستول و پرمیکت) نمی‌باشند و یا نمی‌توانند غذای متناسب رژیمی خود را تأمین نمایند. در مطالعه وثوقی و موحدی پور (۲۰۰۹)، نیز به مشکلات اقتصادی بیماران، به‌عنوان یکی از عوامل مؤثر بر تبعیت از درمان اشاره شده است که هم‌راستا با مطالعه حاضر است (۳۲).

از نقاط قوت این مطالعه این بود که جهت بررسی موانع و تسهیل گره‌های تبعیت از درمان در بیماران تحت درمان با همودیالیز، نظرات بیماران، خانواده آنها و اعضای تیم سلامت مورد بررسی قرار گرفت و مشارکت‌کنندگان با حداکثر تنوع از نظر نوع (بیمار، اعضای خانواده، پزشک، پرستار، روانشناس بالینی، مددکار اجتماعی و کارشناس تغذیه)، جنس، سطح تحصیلات، سطح اقتصادی-اجتماعی، شغل، تخصص و نسبت با بیمار، انتخاب شدند. از نقاط ضعف این مطالعه این است که به صورت کیفی انجام شده است لذا نتایج آن قابل تعمیم به تمام بیماران ایرانی نمی‌باشد.

### تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی ۱۹۷۰۳۳، مصوب دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد. نویسندگان مراتب سپاس و قدردانی خود را از مسئولین محترم بیمارستان‌های الزهراء، امین و نور و حضرت علی اصغر و کلیه مشارکت‌کنندگان، اعم از بیماران، مراقبین آنها و اعضای تیم سلامت اعلام می‌دارند.

### References:

1. Kim Y. Relationship between illness perceptions, treatment adherence and clinical outcomes in maintenance hemodialysis patients: University of California, Los Angeles; 2009.
2. Kim Y, Evangelista LS. Relationship between illness perceptions, treatment adherence, and clinical outcomes in patients on maintenance hemodialysis. *Nephrology nursing journal: J Am Nephrol Nurs Assoc* 2010; 37(3):271.
3. Hill NR, Fatoba ST, Oke JL, Hirst JA, O'Callaghan CA, Lasserson DS, et al. Global prevalence of chronic kidney disease—a systematic review and meta-analysis. *PloS one* 2016;11(7):e0158765.
4. Tabrizi R, Zolala F, Nasirian M, Baneshi MR, Etminan A, and Sekhavati E, et al. Estimation of

همچنین در مطالعه حاضر مشارکت‌کنندگان معتقد بودند، حمایت گروه‌های هم‌تا منجر به بهبود تبعیت از درمان بیماران تحت درمان با همودیالیز می‌گردد. بر اساس تئوری بندورا، زمانی که بیماران یک فرد را به‌عنوان الگو قرار می‌دهند، یادگیری از طریق مشاهده رفتار الگو انجام می‌گیرد. به عبارتی بیماران با مشاهده رفتار الگوی خود یاد می‌گیرند که چطور تغییرات لازم در سبک زندگی خود را اعمال نمایند. بسیاری از بیماران معمولاً شخصی را به‌عنوان الگوی خود قرار می‌دهند که از نظر سن، جنس، نژاد و قومیت و وضعیت اقتصادی-اجتماعی شبیه آنها باشد، این نکته باعث می‌شود که آنها به این باور برسند که اگر شخصی با شرایط مشابه من می‌تواند، پس من هم می‌توانم. احساس تسلط و کنترل فرد بر زندگی‌اش میزان استرس، اضطراب و افسردگی بیماران را کاهش می‌دهد این مسئله منجر به بهبود خودکارآمدی و در نتیجه بهبود تبعیت از درمان و نتایج کلینیکی بیماران خواهد شد. بر اساس مدل هیسلر و تئوری شناختی-اجتماعی بندورا، حمایت عاطفی گروه‌های هم‌تا از یکدیگر، تشویق یکدیگر، منجر به کاهش احساس انزوای اجتماعی، ارتقا حمایت اجتماعی درک شده توسط بیماران و در نتیجه افزایش خودکارآمدی و بهبود رفتارهای خود مدیریتی بیماران می‌گردد (۳۲).

در مطالعه حاضر، مشارکت‌کنندگان، مشکلات مالی را مهم‌ترین دغدغه خود عنوان می‌کردند. مسائل مالی، به‌عنوان یکی از فاکتورهای مهم در تبعیت از درمان در این بیماران است. به‌گونه‌ای که بسیاری از بیماران به‌دلیل مشکلات مالی، قادر به پرداخت

- the prevalence of chronic kidney disease: The results of a model based estimation in Kerman, Iran. *Med J Islamic Republic Iran* 2016; 30:338. (Persian)
5. Sepanlou SG, Barahimi H, Najafi I, Kamangar F, Poustchi H, Shakeri R, et al. Prevalence and determinants of chronic kidney disease in northeast of Iran: Results of the Golestan cohort study. *PloS one* 2017; 12(5):e0176540.
  6. Najafi I, Shakeri R, Islami F, Malekzadeh F, Salahi R, Yapan-Gharavi M, et al. Prevalence of chronic kidney disease and its associated risk factors: the first report from Iran using both microalbuminuria and urine sediment. *Arch Iran Med* 2012; 15(2):70-5. (Persian)

7. Bouya S, Balouchi A, Rafiemanesh H, Hesaraki M. Prevalence of Chronic Kidney Disease in Iranian General Population: A Meta-Analysis and Systematic Review. *Therapeutic Apheresis and Dialysis* 2018; 22(6):594-9. (Persian)
8. Hinkle J, KH C. Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing. Vol. 1. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2017.
9. Ahrari S, Moshki M, Bahrami M. The relationship between social support and adherence of dietary and fluids restrictions among hemodialysis patients in Iran. *J Car Sci* 2014; 3(1):11-9. (Persian)
10. Kuipers J, Verboom LM, Ipema KJ, Paans W, Krijnen WP, Gaillard CA, et al. The prevalence of intradialytic hypotension in patients on conventional hemodialysis: A systematic review with meta-analysis. *Am J Nephrol* 2019;49(6):497-506.
11. Hecking M, Moissl U, Genser B, Rayner H, Dasgupta I, Stuard S, et al. Greater fluid overload and lower interdialytic weight gain are independently associated with mortality in a large international hemodialysis population. *Nephrol Dialysis Transplant* 2018;33(10):1832-42.
12. Cabrera C, Brunelli SM, Rosenbaum D, Anum E, Ramakrishnan K, Jensen DE, et al. A retrospective, longitudinal study estimating the association between interdialytic weight gain and cardiovascular events and death in hemodialysis patients. *BMC Nephrology* 2015;16(1):113.
13. Mellon L, Regan D, Curtis R. Factors influencing adherence among Irish haemodialysis patients. *Patient Educ Counsel* 2013;92(1):88-93.
14. 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 Diseases* 2013;62(1):73-80.
15. Griva K, Ng H, Loei J, Mooppil N, McBain H, Newman S. Managing treatment for end-stage renal disease—a qualitative study exploring cultural perspectives on facilitators and barriers to treatment adherence. *Psychol Health* 2013;28(1):13-29.
16. Theofilou P. The Effect of Sociodemographic Features and Beliefs about Medicines on Adherence to Chronic Kidney Disease Treatment. *Int J Car Sci* 2013; 6(2):184-8.
17. 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):79-86.
18. Washington TR, Hain DJ, Zimmerman S, Carlton-LaNey I. Identification of Potential Mediators Between Depression and Fluid Adherence in Older Adults Undergoing Hemodialysis Treatment. *Nephrol Nurs J* 2018;45(3):251-8.
19. Clark-Cutaia MN, Ren D, Hoffman LA, Burke LE, Sevick MA. Adherence to hemodialysis dietary sodium recommendations: influence of patient characteristics, self-efficacy, and perceived barriers. *J Renal Nutrition* 2014;24(2):92-9.
20. Chan R, Brooks R, Erlich J, Gallagher M, Snelling P, Chow J, et al. How do clinical and psychological variables relate to quality of life in end-stage renal disease? Validating a proximal–distal model. *Quality Life Res* 2014;23(2):677-86.
21. Sgnaolin V, Figueiredo AEPL. Adherence to pharmacological treatment in adult patients undergoing hemodialysis. *Brazilian J Nephrol* 2012; 34(2):109-16.
22. Payne ME, Eaton CK, Mee LL, Blount RL. Promoting medication adherence and regimen responsibility in two adolescents on hemodialysis for end-stage renal disease: A case study. *Clin Case Stud* 2013; 12(2):95-110.
23. 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.
24. Farley H. Promoting self-efficacy in patients with chronic disease beyond traditional education: A literature review. *Nursing Open*. 2020;7(1):30-41.
25. Ghimire S, Castelino RL, Jose MD, Zaidi STR. Medication adherence perspectives in haemodialysis patients: a qualitative study. *BMC Nephrol* 2017; 18(1):30-41.
26. Qiao J, Shan Y, Chen Q, Xu Z-P. Design and application of weight gain graphs based on Bandura's self-efficacy theory for patients on maintenance haemodialysis. *Int J Nurs Sci* 2014; 1(1):110-6.
27. Allen D, Wainwright M, and Hutchinson T. 'Non-compliance' as illness management: Hemodialysis patients' descriptions of adversarial patient-clinician interactions. *Soc Sci Med* 2011; 73(1):129-34.
28. Browne T, Merighi JR. Barriers to adult hemodialysis patients' self-management of oral medications. *Am J Kidney Diseases* 2010; 56(3):547-57.
29. 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(1):2.
30. Theodoritsi A, Aravantinou M-E, Gravani V, Bourtsi E, Vasilopoulou C, Theofilou P, et al. Factors associated with the social support of hemodialysis patients. *Iran J Public Health* 2016; 45(10):1261.
31. Russell JJSC. Development and Evaluation of a Peer-to-Peer Intervention to Increase Self-Management among Adult In-Center Hemodialysis Patients: Virginia Commonwealth University; 2016.
32. Vosoghi M, Movahedpour A. Comparison quality of life between hemodialysis and transplant patient in Ardabil medical centers. *Ardabil Univ Med Sci J* 2009; 9(2):171-9. (Persian)

## FACTORS AFFECTING ADHERENCE TO THE TREATMENT IN PATIENTS UNDER HEMODIALYSIS: A QUALITATIVE CONTENT ANALYSIS

Maryam Sadat Hashemi<sup>1</sup>, Somayeh Haghighat<sup>\*2</sup>, Maryam Bagheri<sup>3</sup>,  
Mohammad Akbari<sup>4</sup>, Reyhaneh Niknejad<sup>5</sup>

Received: 09 Nov, 2019; Accepted: 13 Apr, 2020

### Abstract

**Background & Aims:** One of the common problems in patients undergoing hemodialysis is Poor adherence. Several factors affect the adherence of patients, which should be investigated in the cultural and social context of patients. Thus this research was undertaken to study the adherence of such patients

**Materials & Methods:** This qualitative research was conducted from June to November 2018 to investigate the view points of the patients, their families and health care providers about Adherence to the treatment in Patients Under hemodialysis. At first, the sampling was based on a purposeful sampling method. A total of 29 participants (patients, their families and health care providers) were interviewed. The interviews were analyzed via Graneheim & Lundman qualitative content analysis.

**Results:** Data analyses led to the production of 600 primary codes, 64 subcategories and 13 secondary categories, and finally 4 main categories of patient-related factors, socioeconomic factors, treatment-related factors, and related factors with the members of the health team appeared.

**Conclusion:** Considering factors such as socio-economic support, promotion of adaptability and self-care and improving the psychological state of patients can affect their compliance with the hemodialysis regimen. In this regard, members of the health team can play a significant role in adherence to the regime by communicating with patients and gaining their trust.

**Keywords:** Adherence, Hemodialysis, Qualitative Content Analysis

**Address:** Isfahan University of Medical Sciences, Faculty of Nursing & Midwifery Hezarjereeb Avenue, Isfahan, Iran

**Tel:** (+98) 9132847717

**Email:** s.haghighatb@yahoo.com

<sup>1</sup> PhD in nursing, Department of Adult Health Nursing, Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

<sup>2</sup> M.Sc. academic member in critical care nursing department, Nursing and Midwifery Care Research Center, Faculty of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (Corresponding Author)

<sup>3</sup> PhD in nursing, Department of Adult Health Nursing, Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

<sup>4</sup> PhD in nursing, Department of Psychiatric Nursing, Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

<sup>5</sup> M.Sc. student in Operating Room, Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran