Review

The most important causes of non-adherence in patients on dialysis

Zahra Hadian[1], Leila Rafiee Vardanjani[2*], leili Barimnejad[3]

1.Phd student, nursing and midwifery department, Tehran university of medical sciences, Tehran, Iarn
2.University Instructor, Nursing and midwifery department, Shahrekorduniversity of medical sciences, Shahrekord, Iarn
3.Associate Professor, Nursing and midwifery department, Tehran university of medical sciences, Tehran, Iarn
*. Corresponding Author: E-mail: rafiee.leila@yahoo.com

(Received 22 September 2016; Accepted 22 February 2017)

Abstract

Renal failure is commonly and chronic disease. Dialysis is routine treatment for these patients. Adherence to treatment status is one of the problems of patient on dialysis. The aim at this study is determining of most important causes of non-adherence in patients on dialysis according to previous studies in Iran.At first all of the studies related to our title by using some keywords(dialysis, hemodialysis, adherence, and non-adherence) searched for Iranian databases; iranmedex, magiran, SID, Iran doc, google, google scholar. Inclusion and exclusion criteria were: 1. Publish articles related to adherence or non-adherence in Iran. 2. Articles were Persian (published in Iran). 3. Types of articles were original. 4. All the articles were free full text and downloadable. As a result, related to inclusion and exclusion criteria 13 articles were found and analysises. The most important reasons for non-adherence to treatment were: psychological reasons (often depression), Lack of awareness and attitude of dialysis patients and lack of social support. Treatment for adherence is so important and can very significant role in health improvement in patients on dialysis.

Keywords: Non-adherence, Dialysis, Patient, Renal Failure, Adherence.

Clin Exc 2016; 5(2): 84-97 (Persian).

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

تعالی بالینی
آموزشی- پژوهشی
دوره پنجم شماره ۲(۹۷-۸۴)

مهم‌ترین علل عدم تبعیت درمان بیماران دیالیزی

زهرا هادیان[۱]، لیلا رفیعی وردنجانی[۲*]، لیلی بریم‌نژاد[۳]

چکیده

نارسایی کلیه از جمله بیماری‌های مزمن و شایع می‌باشد که از جمله درمان‌های اصلی این بیماری انجام دیالیز برای بیماران است. یکی از مشکلاتی که در بیماران دیالیزی گزارش‌شده است وضعیت تبعیت آن‌ها از درمان می‌باشد. هدف از این مطالعه تعیین مهم‌ترین علل عدم تبعیت درمان بیماران دیالیزی بر اساس مطالعات انجام‌شده در ایران و ارائه راهکارها می‌باشد. ابتدا تمام پژوهش‌های مرتبط با عنوان با استفاده از کلیدواژه‌های دیالیز، همودیالیز، تبعیت از درمان و عدم تبعیت از درمان در پایگاه‌های اطلاعاتی داخلی Iranmedex، Magiran، SID، Iran DOC، Google و Google scholar جستجو شد. معیارهای ورود و خروج مطالعات شامل: مقاله منتشرشده در رابطه با تبعیت و یا عدم تبعیت از درمان بیماران دیالیزی در ایران باشد، مقاله‌ها به زبان فارسی(چاپ‌شده در ایران) باشد، مقاله از نوع پژوهشی اصیل باشد(گزارش‌ها و نامه‌ها از مقالات بازیابی شده حذف شدند) و مقاله دارای متن کامل و قابل دانلود باشد(مقالاتی که تنها چکیده‌ی آن‌ها در دسترس بود، در نظر گرفته نشدند). با توجه به معیارهای ورود و خروج، ۱۳ مقاله یافت شد و موردمطالعه قرار گرفت. مهم‌ترین علل عدم تبعیت درمان شامل عوامل روحی و روانی، کمبود آگاهی و نگرش بیماران دیالیزی و کمبود حمایت اجتماعی بودند. تبعیت از درمان در بیماران مزمن از اهمیت بسزایی برخوردار بوده و می‌تواند نقش مهمی در بهبود سطح سلامت بیماران دیالیزی داشته باشد.

واژه‌های کلیدی: عدم تبعیت، بیمار، دیالیز، نارسایی مزمن کلیه، تبعیت.

مقدمه

نارسایی مزمن کلیه، تخریب پیش‌رونده و برگشت‌ناپذیر عملکرد کلیوی است که به دلیل اثرات سیستماتیک آن، دارای عوارض و اختلالات متعدّدی می‌باشد. درمان اصلی مرحله آخر نارسایی کلیوی، همودیالیز و در نهایت پیوند کلیه است(۱). مرحله انتهایی نارسایی مزمن کلیه(ESRD) یکی از مشکلات عمده سلامت در سراسر دنیا و امریکا محسوب می‌شود(۲). امروزه ۳-۲ درصد مردم جهان به بیماری نارسایی مزمن کلیه مبتلا هستند و هر ۷ سال، تعداد مبتلایان به دو برابر افزایش می‌یابد. تعداد مرگ‌ومیر سالیانه ناشی از این بیماری در جهان ۶۰ هزار نفر می‌باشد(۳) و در ایران سالانه حدود ۱۵ درصد به تعداد بیماران همودیالیزی افزوده می‌گردد(۴).

Peitzman معتقد است که بیماران مبتلا به مرحله انتهایی نارسایی مزمن کلیه، خود را بیماران همودیالیزی می‌خوانند(۵). انجام همودیالیز موجب تغییر در شیوه زندگی، وضعیت سلامت و نقش‌های فرد می‌شود(۷-۶) و این بیماران با عوامل تنش‌زای متعدد فیزیکی، روانی و اجتماعی مواجه هستند(۸).

۱. دانشجوی دکتری تخصصی پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
۲. دانشیار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
۳. مربی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران.
* نویسنده مسئول: ساری، مرکز آموزشی درمانی امام خمینی، بخش جراحی مغز و اعصاب
E-mail: kh568hd@yahoo.com

تاریخ دریافت:۱۳۹۵/۷/۱ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۵/۱۰/۲۰ تاریخ پذیرش:۱۳۹۵/۱۱/۲۲

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

از جمله مشکلات جسمی می‌توان به اورمی، دردهای مفصلی، مشکلات قلبی عروقی و عفونت محل همودیالیز اشاره کرد(۹). یکی از مشکلاتی که در بیماران دیالیزی گزارش‌شده است وضعیت تبعیت آن‌ها از درمان می‌باشد. تبعیت از درمان بدین معنی است که کلیه رفتارهای بیمار(رژیم غذایی، مایعات و دریافت داروها) در جهت توصیه‌های ارائه‌شده از سوی مراقبین بهداشتی درمانی باشد(۱۱-۱۰). تبعیت از رژیم غذایی، دارویی و محدودیت مصرف مایعات در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه از اهمیت بسزایی برخوردار بوده و می‌تواند نقش مهمی در بهبود سطح سلامت و احساس خوب بودن در بیماران تحت همودیالیز داشته باشد(۱۳-۱۰). این در حالی است که عدم تبعیت از رژیم‌درمانی در بیماران همودیالیزی شایع بوده و حدود ۸۶-۲۵ درصد از بیماران از رژیم‌درمانی خود تبعیت نمی‌کنند(۱۴) و در حدود ۵۰ درصد از بیماران محدودیت مایعات و ۴۴ درصد از آن‌ها برخی از جنبه‌های رژیم غذایی را رعایت نمی‌کنند(۱۵).

امروزه شواهدی مبنی بر رابطه تبعیت از درمان در بیماران دیالیزی و کاهش عامل بستری شدن این بیماران در بیمارستان وجود دارد، بیش از نیمی از بیماران دیالیزی معتقد هستند که از رژیم‌درمانی خود تبعیت نمی‌کنند و این عدم تبعیت شامل کوتاه کردن مدت دیالیز، عدم استفاده صحیح از داروها و رعایت رژیم غذایی و محدودیت مایعات می‌باشد(۱۶). تبعیت ضعیف درمانی در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه اغلب منجر به آزمایش‌های اضافی، تغییر در طرح درمان، تغییر یا تعدیل مقدار داروی تجویزشده و بستری شدن در بیمارستان و در نهایت موجب افزایش هزینه مراقبت پزشکی می‌شود(۱۷). تحقیقات عدم تبعیت را در ابعاد رعایت رژیم دارویی، پذیرش محدودیت مایعات و رژیم غذایی مطرح کرده‌اند که شاخص‌های مربوط به هرکدام به‌صورت مستقیم یا غیرمستقیم به روش‌های مختلفی اندازه‌گیری می‌شود(۱۱-۱۰). یکی از این روش‌ها اندازه‌گیری سطح نیتروژن اوره خون است که نشان‌دهنده میزان مصرف پروتئین، سطح پتاسیم، میزان مصرف پتاسیم و سطح فسفات است و حاکی از میزان تبعیت از رژیم غذایی و دارویی بیماران می‌باشد. به‌علاوه میزان افزایش وزن بین دو جلسه دیالیز نشان‌دهنده میزان مایعات مصرفی بیمار است(۱۲،۱۰)، لازم به ذکر است که افزایش سطح فسفات سرم منجر به هیپرپاراتیروئیدیسم(۱۹-۱۸)، استئودیستروفی کلیوی(۱۹)، افزایش بیماری‌های عروق کرونر و افزایش مرگ‌ومیر بیماران خواهد شد(۲۰) به‌علاوه افزایش سطح فسفات سرمی به بیش از ۵/۵ میلی‌گرم در دسی لیتر نیز باعث افزایش خطر مرگ‌ومیر(۲۳-۲۱) و عدم پیروی از رژیم غذایی حاوی پتاسیم منجر به ایست قلبی و مرگ بیماران می‌گردد(۲۴). یکی دیگر از ابعاد تبعیت از درمان پیروی از محدودیت مایعات ذکرشده در بیمار می‌باشد و عدم پیروی از رژیم مایعات نیز منجر به افزایش وزن بین دو جلسه دیالیز و بروز عوارضی مانند گرفتگی عضلانی، کوتاهی نفس، سرگیجه، اضطراب، نگرانی، ادم ریه و نارسایی قلبی و افزایش شدید فشارخون می‌گردد(۱۰،۲۵،۱۸)؛ و در یکی دیگر از زیرمجموعه‌های تبعیت از درمان، پیروی از رژیم دارویی بیمار جای دارد، این عدم پیروی از رژیم دارویی و کوتاه کردن جلسات دیالیز نیز به‌عنوان عاملی جهت مزمن شدن و افزایش احتمال بستری بیماران در بیمارستان و عدم دریافت پاسخ مناسب از جلسات دیالیز می‌شود(۱۶).

تعداد مطالعاتی که عوامل متفاوتی را به‌عنوان دلایل احتمالی عدم تبعیت از درمان بیماران دیالیزی ذکر کرده‌اند، کم نیست؛ از جمله دلایلی که در این مطالعات به آن‌ها اشاره شده است می‌توان به وضعیت اقتصادی نامناسب، مرد بودن، سال‌های ابتلا به نارسایی مزمن کلیه و سابقه بستری در بیمارستان به علت عدم تبعیت از درمان اشاره کرد(۲۶). تلاش در جهت رفع این عوامل و یا تعدیل آن‌ها نیازمند همکاری کامل کادر درمانی با یکدیگر می‌باشد. کمک به بیماران همودیالیزی در کنترل مؤثر دریافت مایعات، رژیم غذایی و رژیم دارویی یکی

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

از وظایف مهم پرستار می‌باشد(۲۸-۲۷) و هدف مراقبت بالینی، پیشگیری از عوارض ناشی از درمان با همودیالیز است(۲۹). روش‌ها و مداخلات پرستاری مختلفی در خصوص بهبود وضعیت تبعیت از درمان بیماران دیالیزی انجام‌شده است که میزان اثربخشی هریک از این روش‌ها متفاوت بوده است. از جمله روش‌های مورداستفاده می‌توان به استفاده از دو مدل آموزشی چهره به چهره و ویدئویی(۳۰)، تکنیک شناختی-رفتاری(۳۱)، آموزش خودکارآمدی(۳۲) و مراقبت‌های انفرادی(۳۳) اشاره کرد. نتایج مطالعات با روش‌های اشاره‌شده نشان داده است که اکثر این مطالعات تنها در برخی از ابعاد تبعیت درمان بیماران مؤثر بوده‌اند، به نظر می‌رسد عدم توجه به شرایط فردی و نیازهای متفاوت بیماران همودیالیزی یکی از مهم‌ترین علت‌های مؤثر نبودن این مداخلات در تمام ابعاد تبعیت از درمان باشد، زیرا اکثر روش‌های مداخله‌ای اشاره‌شده به‌صورت گروهی برای بیماران انجام‌شده است. به همین دلیل بر آن شدیم تا مطالعه‌ای مروری جهت تعیین مهم‌ترین علل عدم تبعیت بیماران دیالیزی انجام دهیم و مناسب‌ترین روش جهت ارتقاء سطح تبعیت از درمان این بیماران را بیابیم.

امروزه مقالات مروری موردتوجه و استقبال گسترده‌ای قرارگرفته‌اند و طی سال‌های اخیر تعداد مقالات مروری منتشرشده در مجلات به‌طور روزافزونی در حال ازدیاد می‌باشد. سردبیران به چنین مقالات علاقه وافری دارند، چراکه مقاله مروری که توسط مؤلفی بنام نگاشته شده باشد، مورد استقبال گسترده قرارگرفته، بیشتر خوانده می‌شود و بیشتر ارجاع مجله می‌گردد که این امر باعث افزایش Impact Factor می‌شود. خوانندگان نیز به این بخش علاقه خاصی دارند چراکه راه‌حل مناسبی برای مشکل گسترش روزافزون دانش پزشکی است و بدین ترتیب می‌توانند معلومات پزشکی خود را به‌روز نگه‌دارند. در مقاله مروری، آخرین اطلاعات علمی یک موضوع خاص مورد نقد و بررسی قرار می‌گیرد و هدف از نوشتن مقاله مروری تنها اطلاع‌رسانی نیست بلکه ارزشیابی و تفسیر نیز می‌باشد و باید نظر نویسنده را نیز درباره موضوع در برگرفته باشد(۳۴).

به‌طورکلی دودسته مقاله مروری وجود دارد؛

۱- مرور نقلی.

۲- مرور سیستماتیک

۳- در مواردی که شواهد و داده‌های چندانی در دسترس نیست، مرور نقلی ارزشمند خواهد بود، مسلماً ضروری است که مؤلف منابعی را که بر اساس آن‌ها نظریه داده‌شده است را ذکر نماید و از اعمال نقطه‌نظر شخصی اجتناب کند. در مباحثی که مقادیر فراوانی داده موجود است، نظرات شخصی چندان اهمیت نداشته و با کمک مرور سیستماتیک می‌توان به‌دقت شواهد را بررسی و ارزیابی نمود(۳۴) مرور سیستماتیک به سؤالات دقیق بالینی پاسخ می‌دهد، ولی مرور نقلی به محدوده وسیعی از نکات مربوط به یک عنوان می‌پردازد(۳۵).

به‌واقع، به نظر می‌رسد انجام یک مطالعه مروری(از نوع مرور نقلی) به دلیل حجم بالای مطالعات انجام‌شده در زمینه رعایت رژیم‌درمانی و یا عدم رعایت آن در بیماران دیالیزی، تناقضات موجود در نتایج مطالعات و شناسایی نیازهای پژوهشی آینده ضروری می‌باشد. لذا پژوهشگران بر آن شدند تا به مطالعه‌ای در بین تحقیقات انجام‌شده در رابطه با تعیین مهم‌ترین علل عدم تبعیت درمانی در بیماران دیالیزی در ایران بپردازند. به این امید که با انجام این مطالعه کارکنان بهداشت و درمان، دانشجویان و اساتید محترم در عرصه بالین به موانع موجود در تبعیت درمانی در این بیماران پی برده و سعی در حل این موانع نموده تا سبب ارتقای مراقبت‌های پرستاری و پزشکی و ارتقای سلامت هر چه بیشتر بیماران شویم.

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

مواد و روش‌ها

این مطالعه مروری با جست‌وجو در پایگاه‌های معتبر علمی داخلی Iranmedex، Magiran، SID و Iran doc، Goggle و Google scholar از بین مقالات منتشرشده در بازه زمانی ۱۳۹۳-۱۳۸۰ استخراج گردید. ابتدا تمام پژوهش‌های مرتبط با عنوان با استفاده از کلیدواژه‌هایی نظیر دیالیز، همودیالیز، تبعیت از درمان و عدم تبعیت از درمان استخراج و براساس شرایط ورود به مطالعه مورد بررسی قرار گرفتند. معیارهای ورود و خروج مطالعات شامل موارد زیر بود:

۱. مقاله منتشرشده در رابطه با تبعیت و یا عدم تبعیت از درمان بیماران دیالیزی در ایران باشد(عدم تبعیت از درمان در سایر بیماری‌ها و در سایر کشورها در نظر گرفته نشدند، چرا که تفاوت فرهنگی موجود در بین جوامع مختلف سبب ایجاد رفتارهای درمانی و بهداشتی متفاوتی می‌گردد).

۲. مقاله‌ها به زبان فارسی(چاپ‌شده در ایران) باشد.

۳. مقاله از نوع پژوهشی اصیل باشد(گزارش‌ها و نامه‌ها از مقالات بازیابی شده حذف شدند).

۴. مقاله دارای متن کامل و قابل دانلود باشد(مقالاتی که تنها چکیده‌ی آن‌ها در دسترس بود، در نظر گرفته نشدند).

یافته‌ها

با توجه به معیارهای ورود و خروج، ۱۳ مقاله یافت شد؛ بر این اساس مهم‌ترین دلایل عدم تبعیت درمان در بیماران دیالیزی اشاره‌شده در مقالات شامل؛ عوامل روحی و روانی(عمدتاً افسردگی)(۴۱-۳۶)، کمبود آگاهی و نگرش بیماران دیالیزی(۴۴،۳۰-۴۲) و کمبود حمایت اجتماعی(۴۶-۴۵) بودند؛ که در مورد هرکدام توضیحاتی ارائه می‌گردد.

عوامل روحی و روانی(عمدتاً افسردگی)

مطالعات مختلف نشان داده است که درمان‌های اصلی نارسایی مزمن کلیه که شامل همودیالیز و پیوند کلیه هستند، هر دو دارای بار روحی و روانی برای بیمار بوده و می‌توانند مشکلات روانی اجتماعی برای بیماران تحت درمان با این روش‌ها ایجاد کنند(۴۷). درمجموع احساس افسردگی و اضطراب در بیماران کلیوی بسیار شایع است و افسردگی در بیماران عواقب متعددی مانند عدم پیگیری درمان به دنبال دارد(۴۸). تخمین زده می‌شود میزان افسردگی در بیماران تحت دیالیز ۲۵ درصد باشد. تحقیقات نشان می‌دهد افسردگی میزان مرگ‌ومیر و بستری شدن در بیمارستان را در بیماران دیالیزی افزایش می‌دهد(۴۹). نصیری زرین قبایی و همکاران(۱۳۹۲) و ظهرالدین و همکاران(۱۳۸۴) نیز در مطالعه‌ی خود به این نتیجه رسیدند که درصد قابل‌توجهی از بیماران همودیالیز دچار افسردگی می‌باشند(۳۷-۳۶).

عوامل مختلفی مانند سن، جنس و مدت درمان می‌تواند بر روی احساس افسردگی و اضطراب در بیماران تحت درمان‌های جایگزین کلیه اثر بگذارد(۵۲-۵۰). همچنین 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(۵۳). 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(۳۸).

مسعودی علوی و همکاران(۱۳۸۶) در مطالعه‌ی خود اشاره کردند که نتایج تحقیقات حاکی از شیوع بالای افسردگی و اضطراب در بیماران جایگزین کلیه خصوصاً بیماران دیالیزی است. هرچند تشخیص نهایی بیماری افسردگی نیازمند بررسی روان‌پزشکی است. این پدیده می‌تواند عواقبی مانند اختلال در درمان و عدم مصرف داروها و رعایت رژیم غذایی داشته باشد و کیفیت زندگی بیماران را تحت تأثیر قرار دهد. ایشان جهت کاهش افسردگی در این بیماران در مطالعه‌ی خود

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

پیشنهاد می‌کنند که وضعیت افسردگی و اضطراب به‌طور متناوب در بیماران توسط روان‌پزشک و روان‌شناس بررسی‌شده و بر مبنای نتایج اقدامات درمانی دارویی و غیر دارویی انجام گیرد. ضمن این‌که آموزش روش‌های کنترل اضطراب در برنامه درمانی بیماران پس از پیوند موردتوجه قرار گیرد(۳۹).

بهرامی‌نژاد نیز در مطالعه‌ی خود که به بررسی عوامل تنش‌زای روانی- اجتماعی بیماران تحت درمان با همودیالیز در قزوین(۱۳۷۹) پرداخته بود، نشان داد که محدودیت جسمی، محدودیت زمان و مکان برای تفریح و سرگرمی‌ها، مشکلات اقتصادی در ارتباط با هزینه‌ی درمان و تغییر در ظاهر بدن بالاترین و نگرانی از باروری، وابستگی به کارکنان مراقبتی و محدودیت در انتخاب مدل لباس پایین‌ترین عوامل تنش‌زا بودند. ایشان علل عمده‌ی طبقه‌بندی محدودیت فعالیت جسمی به‌عنوان بالاترین عامل تنش‌زا را ناشی از خستگی و کم‌خونی ناشی از نارسایی مزمن کلیه، اختلالات خواب، بالا بودن میانگین سن بیماری(۶۰/۴ درصد بیماران در گروه سنی بالاتر از ۴۰ سال قرار داشتند) و طولانی بودن مدت درمان با همودیالیز(۵۲/۸ درصد بیماران بیش از یک سال تحت درمان با همودیالیز بودند) دانستند(۴۱).

سجادی و همکاران نیز(۱۳۸۶) عقیده دارند که افسردگی شایع‌ترین و مهم‌ترین مشکل روحی- روانی بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه و به‌ویژه بیماران تحت درمان با همودیالیز می‌باشد که می‌تواند بر کیفیت زندگی، پذیرش درمان و سیر بیماری تأثیر منفی داشته باشد. ایشان با توجه به اینکه مشارکت بیمار در انجام فعالیت‌های مراقبت از خود به استقلال و سازگاری بیشتر فرد با بیماری کمک می‌نماید و احتمالاً کیفیت زندگی او را در ابعاد روانی و فیزیکی بهبود می‌بخشد مطالعه‌ای را با هدف تعیین آموزش مراقبت از خود بر میزان افسردگی بیماران تحت درمان با همودیالیز انجام دادند و به این نتیجه رسیدند که بیماران تحت درمان با همودیالیز برای مشارکت مستمر و پویا در انجام فعالیت‌های خودمراقبتی به آموزش مستمر در زمینه مراقبت از خود، سازگاری و تطابق با بیماری نیاز دارند تا از مشکلات جسمی و روانی عدیده‌ای که با آن مواجه هستند کاسته شود. در واقع ایشان معتقدند برنامه آموزشی مراقبت از خود، علاوه بر کاهش افسردگی، پیروی از رفتارهای خودمراقبتی و عملکرد آن‌ها را نیز ارتقاء می‌دهد. لذا به‌منظور ارتقاء سلامت جسمی و روانی بیماران دیالیزی آموزش مستمر درزمینه مراقبت از خود را مؤثر و مفید می‌دانند(۴۱).

کمبود آگاهی و نگرش بیماران دیالیزی

علی پور و همکاران(۱۳۸۱) پژوهشی با عنوان مطالعه آگاهی، نگرش و عملکرد تغذیه‌ای بیماران کلیوی تحت درمان با همودیالیز انجام دادند و به این نتیجه رسیدند که وضعیت آگاهی بیماران راجع به رژیم غذایی و درمانی خود پایین بود. لذا ایشان آموزش بیماران جهت بالا بردن آگاهی را ضروری می‌دانند. همچنین ایشان اشاره کردند که آموزش باید تا آنجا که ممکن است در جهت برطرف ساختن این ناهمخوانی‌ها و نزدیک کردن آگاهی، نگرش و عملکرد به همدیگر باشد و در واقع افزایش آگاهی تغذیه‌ای در شرایطی می‌تواند باعث تغییر در عملکرد گردد که باعث تغییر در نگرش شود(۴۲).

براز و همکاران(۱۳۸۵) نیز در مطالعه‌ی خود به این نتیجه رسیدند که آموزش چهره به چهره با پرستار متخصص و با تأکید بر جنبه‌های ویژه رژیم غذایی می‌تواند اثر مثبت روی دانش بیماران و تغییر نگرش آن‌ها داشته باشد. در مطالعه‌ی ایشان کاهش سطوح فسفر، اوره، اسیداوریک، پتاسیم و اضافه‌وزن بین دو جلسه دیالیز نشان‌دهنده این بود که بیماران از جلسات آموزشی سود برده‌اند و توانسته‌اند در رژیم غذایی خود تعدیل ایجاد کنند. براز می‌نویسد پرستاران نفرولوژی مسئول آموزش و تشویق بیماران برای پذیرش رژیم غذایی و دارویی می‌باشند. بیماران درصورتی‌که دلایل پذیرش رژیم غذایی محدود از نظر سدیم، فسفر، پتاسیم و مایع را درک کنند، کیفیت زندگی بهتری را به مدت چندین سال خواهند

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

داشت. اجرای برنامه خود مراقبتی باعث کاهش چشمگیری در مشکلات بیماران تحت درمان با همودیالیز در ارتباط با بالا بودن اوره، اسیداوریک، پتاسیم، فسفر، اضافه‌وزن بین دو جلسه دیالیز می‌شود. لذا می‌توان گفت اجرای برنامه آموزشی مراقبت از خود بر کاهش مشکلات بیماران تحت درمان با همودیالیز نگه‌دارنده مؤثر است(۴۳).

ایمانی و همکاران(۱۳۹۲) نیز در مطالعه‌ی خود تحت عنوان تأثیر آموزش چهره به چهره بر وزن بدن و برخی از شاخص‌های سرمی در بیماران تحت درمان با همودیالیز، به اثرات مطلوب آموزش در کاهش عوامل نامبرده شده اشاره کردند و ایشان نیز توصیه به جدیت امر آموزش پرستاران بخش دیالیز نمودند(۴۴).

پژوهش حسن‌زاده و همکاران(۱۳۹۰) نیز نشان داد که میزان اثربخشی دو برنامه‌ی آموزشی خود مراقبتی چهره به چهره و ویدئویی بر تبعیت از رژیم غذایی و مایعات در بیماران تحت درمان با همودیالیز تفاوت چشمگیری نداشت. لذا علی‌رغم باور اثربخش‌تر بودن آموزش‌های حضوری و مزیت‌هایی چون حضور فرد آموزش‌دهنده و تعامل وی با بیماران، یافته‌های این پژوهش اثربخشی روش ویدئویی را نشان داد و مشخص نمود که علی‌رغم فقدان عنصر آموزش‌دهنده‌ی زنده و فعال، تأثیری یکسان با روش چهره به چهره دارد. این بدان معنا است که اگر یک برنامه‌ی آموزشی با بررسی اصولی علمی و شناخت درست نیازهای بیماران و مشکلات آن‌ها و بر اساس یک الگوی علمی اجرا گردد، می‌تواند به‌اندازه‌ی روش چهره به چهره مؤثر باشد. درنهایت با توجه به افزایش آمار بیماران همودیالیزی و وقت‌گیر بودن و دشواری‌های عملی آموزش چهره به چهره پیشنهاد کردند که به آموزش‌های ویدئویی توجه بیشتری شده و سازمان‌ها با استفاده از متخصصین ذی‌صلاح در این زمینه سرمایه‌گذاری بیشتری نمایند(۳۲،۵۵-۵۴)

کمبود حمایت اجتماعی

طولانی بودن دوره درمان و مشکلات فراوانی که رویاروی این بیماران قرار دارد، به‌مرورزمان میزان توجه اعضای خانواده و دوستان را به آنان کاهش می‌دهد. این در حالی است که ابتلا به نارسایی مزمن کلیوی و تغییرات ناشی از همودیالیز در زندگی فرد، وابستگی وی به دیگران را افزایش داده، منجر به کاهش اعتمادبه‌نفس و احساس تنهایی بیمار می‌شود(۷) و نیاز به حمایت از جانب دیگران را افزایش می‌دهد. حمایت اجتماعی به‌عنوان یکی از مکانیسم‌های مقابله‌ای عاطفه-نگر، دارای قدرت بالقوه تأثیر بر کیفیت زندگی است(۵۲) حمایت اجتماعی به‌عنوان احساس ذهنی در مورد تعلق، پذیرش، موردعلاقه بودن و دریافت کمک در شرایط موردنیاز تعریف‌شده است(۵۳). درک حمایت، از دریافت آن بسیار مهم‌تر است. به‌عبارت‌دیگر به نظر می‌رسد درک و نگرش بیماران نسبت به حمایت دریافتی، مهم‌تر از میزان حمایت ارائه‌شده به بیماران می‌باشد(۷). درک بهره‌مندی از حمایت اجتماعی می‌تواند نقش مهمی را در طی مراحل پیشرفته بیماری نارسایی مزمن کلیوی ایفا کرده، فرد را در مقابل تنش‌های ناشی از بیماری محافظت نماید، نتایج روانی منفی ناشی از نقایص جسمانی را کاهش دهد و با ارتقای سازگاری، تحمل بیماری مزمن را تسهیل کند(۵۶). درک حمایت اجتماعی می‌تواند از بروز عوارض نامطلوب فیزیولوژیکی بیماری جلوگیری نموده، میزان مراقبت از خود را افزایش دهد، تأثیر مثبتی بر وضعیت جسمی، روانی و اجتماعی فرد بر جای گذارد و درنهایت به افزایش عملکرد منجر شود(۵۷).

حمایت اطلاعاتی نیز سبب می‌شود که فرد نسبت به نحوه مراقبت از خود، کنترل بیماری و رژیم‌درمانی آگاهی یابد و این امر در بهبود وضعیت بیمار، افزایش اعتمادبه‌نفس(۵۸) و کاهش اضطراب و نگرانی وی مؤثر است(۵۹).

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

رفیعی و همکاران(۱۳۸۸) نیز در مطالعه‌ی خود مبنی بر درک بیماران تحت درمان با همودیالیز از حمایت اجتماعی، به این نکته اشاره کردند که با عنایت به تنوع درک بیماران، پرستاران می‌توانند با شناسایی گروه‌های پرخطر ازنظر دریافت و درک حمایت اجتماعی از انزوای این گروه از بیماران جلوگیری نمایند و با ارائه مداخلات حمایتی مناسب در جهت ارتقای کیفیت زندگی آن‌ها قدم بردارند(۴۵).

بحث

بیماران ESRD که تحت همودیالیز قرار می‌گیرند، جهت تبعیت از درمان با چالش‌های زیادی روبه‌رو می‌شوند(۶۰). در کنار همه عواملی که در مقالات مختلف به‌عنوان علت‌های عدم تبعیت از درمان بیماران دیالیزی اشاره‌شده است، دو عامل روانی اجتماعی و افسردگی و حمایت اجتماعی درک شده پایین از طرف دیگران نیز از مهم‌ترین پیش‌بینی کننده‌های عدم انجام رفتار تبعیت درمانی عنوان‌شده‌اند(۶۳-۶۱). افسردگی ازجمله 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 وزن و اختلال در عملکرد مشخص می‌شود(۶۴). 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 می‌کنند(۵۳). 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 آن‌ها نیز می‌شود(۶۵). در مقابل عامل حمایت اجتماعی به‌عنوان مهم‌ترین ویژگی در رابطه با خنثی‌سازی تأثیرات نامطلوب فشارهای روانی موردمطالعه قرارگرفته است(۶۶). علاوه بر تأثیر مثبتی که محققان در موردحمایت اجتماعی ذکر کرده‌اند، 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 می‌باشد(۶۷). حمایت اجتماعی به‌عنوان یک عامل روان‌شناختی اجتماعی است که به‌عنوان تسهیل‌کننده رفتار بهداشتی شناخته می‌شود و می‌تواند تبعیت بیماران از رفتارهای خود مراقبتی را سرعت ببخشد(۶۸).

نتیجه‌گیری

در این مطالعه سعی گردید به مهم‌ترین علل عدم تبعیت از درمان بیماران دیالیزی با توجه به مطالعات انجام‌شده در ایران پرداخته شود؛ که به عواملی همچون مشکلات روحی-روانی و مخصوصاً افسردگی که نقش مهمی در انزوا و گوشه‌گیری و ناامیدی فرد و درنتیجه عدم تبعیت از درمان می‌شود اشاره گردید. همچنین عوامل دیگری همچون کمبود آگاهی و نگرش بیماران دیالیزی از درمان خود و عدم‌حمایت اجتماعی کافی نیز بحث شد.

پرستاران به‌عنوان افراد متخصصی که بیشترین ارتباط را با بیماران در طول مدت دیالیز بر عهده‌دارند، می‌توانند با برقراری و ایجاد یک رابطه‌ی مراقبتی مستمر و پویا جهت افزایش آگاهی و عملکرد مراقبتی مؤثر به بیماران، نقش بسیار زیادی داشته باشند. همچنین پرستاران می‌توانند از روش‌های مختلف ارزیابی سطح تبعیت از درمان بیماران و استفاده از چک‌لیست‌ها و یا پرسشنامه‌ها استفاده نمایند.

از طرف دیگر، مشکلات اقتصادی، محرومیت و شرایط زندگی سخت، هزینه‌های جانبی این بیماران مانند رفت‌وآمد جهت انجام دیالیز، ناتوانی در اشتغال مؤثر، ابتلا به بیماری‌هایی به‌غیراز مشکلات کلیوی و ... همه از عواملی هستند که باعث بروز مشکلات روحی فراوانی هم در بیماران و هم در خانواده‌ی ایشان می‌شود و باعث می‌شود به‌غیراز تحمل درد و رنج بیماری، متحمل مشکلات فراوان دیگر شوند. لذا سیاست‌گذاری‌های

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

دولتی باید در جهت کاهش و به حداقل رساندن مشکلات جانبی بیماران دیالیزی(مانند مشکلات اقتصادی، هزینه بیماری و ...) باشد؛ تا شاید با کاهش عوامل جانبی، انگیزه و تلاش بیماران برای ادامه زندگی و افزایش کیفیت زندگی و تبعیت درمان بیشتر ایجاد شود.

به‌علاوه، با توجه به جمعیت کثیر بیماران همودیالیزی و مبتلا به نارسایی مزمن کلیه در جامعه و همچنین مادام‌العمر بودن این روش درمانی برای این بیماران، یافتن هر چه بیشتر عوامل مؤثر بر عدم تبعیت از درمان بیماران همودیالیزی می‌تواند به‌عنوان راهکاری در جهت حل مشکل عدم تبعیت از درمان و افزایش تمایل بیماران به رعایت رژیم‌درمانی و به‌تبع ارتقاء کیفیت زندگی بیماران، باشد.

محدودیت‌ها و پیشنهادها

انجام مطالعات دیگر مروری به‌صورت مرور سیستامتیک و متاآنالیز، همچنین سعی دریافتن راهکارهای عدم تبعیت از درمان بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه جهت ارتقا دانش سیستم بهداشتی و بهبود سطح زندگی این بیماران پیشنهاد می‌گردد.

References

1. Mollahadi M, Tayyebi A, Ebadi A, Daneshmandi M. Comparison between anxiety, depression and stress in hemodialysis and kidney transplantation patients. Iran J Crit Care Nurs. 2010; 2(4): 153-156.
2. System(USRDS) USRD. ESRD incidence & prevalence. availeble at: ttp://www.usrds.org/2007/pdf/02_incid_prev_07.pdf 201] ،updated Retrieved February 16,2011]. Available from: http://www.usrds.org/2007/pdf/02_incid_prev_07.pdf.
3. Parvan K, AbdollahZadeh F, Ghojazadeh M, Ahangar R. Stressors and Methods of Coping with Stress in Peritoneal Dialysis Patients. Nurs Midwifery Journal. 2010; 5(17): 34-41. [Persian]
4. Monfared A, Safaei A, Panahandeh Z, Nemati L. Incidence of end-stage renal disease in Guilan Province, Iran, 2005 to 2007. Iran J Kidney Dis. 2009; 3(4): 239-241.
5. Peitzman SJ. From dropsy to Bright's disease to end-stage renal disease. The Milbank Quarterly. 1989:16-32.
6. Kaba E, Bellou P, Iordanou P, Andrea S, Kyritsi E, Gerogianni G, et al. Problems experienced by haemodialysis patients in Greece. British journal of nursing. 2007;16(14):868-872.
7. Al-Arabi S. Quality of life: subjective descriptions of challenges to patients with end stage renal disease. Nephrol Nurs J. 2006;33(3):285-292.
8. Thomas-Hawkins C. Symptom distress and day-to-day changes in functional status in chronic hemodialysis patients. Nephrology nursing journal: journal of the American Nephrology Nurses' Association. 2000;27(4):369.
9. White Y, Grenyer BFS .The biopsychosocial impact of end-stage renal disease: the experience of dialysis patients and their partners. Journal of Advanced Nursing. 1999;30(6):1312-1320.
10. Takaki J, Yano E. Possible gender differences in the relationships of self-efficacy and the internal locus of control with compliance in hemodialysis patients. Behavioral medicine (Washington, DC). 2006;32(1):5-11.
11. Kaveh K, Kimmel PL. Compliance in hemodialysis patients: multidimensional measures in search of a gold standard. American journal of kidney diseases: the official journal of the National Kidney Foundation. 2001;37(2):244-266.
12. Takaki J, Nishi T, Shimoyama H, Inada T, Matsuyama N, Sasaki T, et al. Possible variances of blood urea nitrogen, serum potassium and phosphorus levels and interdialytic weight gain accounted for compliance of hemodialysis patients. Journal of psychosomatic research. 2003;55(6): 525-529.
13. Denhaerynck K, Manhaeve D, Dobbels F, Garzoni D, Nolte C, De Geest S.

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

Prevalence and consequences of nonadherence to hemodialysis regimens. American journal of critical care: an official publication, American Association of Critical-Care Nurses. 2007;16(3):222-235.
14. Gerbino G, Dimonte V, Albasi C, Lasorsa C, Vitale C, Marangella M. [Adherence to therapy in patients on hemodialysis]. Giornale italiano di nefrologia: organo ufficiale della Societa italiana di nefrologia. 2011;28(4):416.
15. Khalil AA, Frazier SK, Lennie TA, Sawaya BP. Depressive Symptoms and Dietary Adherence in Patients with End-Stage Renal Disease. Journal of renal care. 2011;37(1):30-39.
16. Vaiciuniene R, Kuzminskis V, Ziginskiene E, Skarupskiene I, Bumblyte IA. Adherence to treatment and hospitalization risk in hemodialysis patients. Journal of nephrology. 2012;25(5):672-678.
17. Loghman-Adham M. Medication noncompliance in patients with chronic disease: issues in dialysis and renal transplantation. The American journal of managed care. 2003;9(2):155-171.
18. Schneider MS, Friend R, Whitaker P, Wadhwa NK. Fluid noncompliance and symptomatology in end-stage renal disease: cognitive and emotional variables. Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association. 1991;10(3):209-215.
19. Ganesh SK, Stack AG, Levin NW, Hulbert-Shearon T, Port FK. Association of elevated serum PO(4), Ca x PO(4) product, and parathyroid hormone with cardiac mortality risk in chronic hemodialysis patients. Journal of the American Society of Nephrology: JASN. 2001;12(10):2131-2138.
20. Goodman WG. Vascular calcification in end-stage renal disease. Journal of nephrology. 2002;15(6): 82-85.
21. 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 international.2003;64(1):254-262.
22. Block GA, Klassen PS, Lazarus JM, Ofsthun N, Lowrie EG, Chertow GM. Mineral metabolism, mortality, and morbidity in maintenance hemodialysis. Journal of the American Society of Nephrology: JASN. 2004;15(8):2208-2218.
23. Leggat JE, Jr. Orzol SM, Hulbert-Shearon TE, Golper TA, Jones CA, Held PJ, et al. Noncompliance in hemodialysis: predictors and survival analysis. American journal of kidney diseases: the official journal of the National Kidney Foundation. 1998;32:139-145.
24. Lee SH, Molassiotis A. Dietary and fluid compliance in Chinese hemodialysis patients. International journal of nursing studies. 2002;39(7):695-704.
25. Pang SK, Ip WY, Chang AM. Psychosocial correlates of fluid compliance among Chinese haemodialysis patients. J Adv Nurs. 2001;35(5):691-698.
26. Rafiee-Vardanjani L, Parvin N, Mahmoodi ShanGHR, Molaie E, Shariati AR, Hasheminia SMA. Adherence to hemodialysis treatment and some related factors in hemodialysis patients admitted in Shahrekord Hajar Hospital. Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2013; 2(4): 17-25.
27. Chamney M. Renal care: six essentials for a haemodialysis patient. British journal of nursing (Mark Allen Publishing). 2007;16(9):530-532.
28. Keen M. Modifiable practice patterns and patient outcomes :implications for nephrology nursing care. Nephrol Nurs J. 2009 May-Jun;36(3):303-308.
29. Davenport A. Intradialytic complications during hemodialysis. Hemodialysis international International Symposium on Home Hemodialysis. 2006;10(2):162-167.
30. Hasanzadeh F, Shamsoddini S, Moonaghi HK, Ebrahimzadeh S. A Comparison of Face to Face and Video-based Education on Attitude Related to Diet and Fluids Adherence in Hemodialysis Patients. Ofogh-e-Danesh Journal. 2011;17(3):34-43.
31. Lindberg M, Wikström B, Lindberg P. A behavioural nursing intervention for reduced fluid overload in haemodialysis patients. Initial results of acceptability, feasibility and efficacy. Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness. 2011;3(2):87-98.
32. Tsay SL. Self-efficacy training for patients with end-stage renal disease. J Adv Nurs. 2003;43(4):370-375.

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

33. Mahmoodi G, Rafiee Vardanjani L, Parvin N, Mollaie E, BehnamPour N, Shariati A et al. Effect of the Individual Multi- Stage Care on the Treatment Adherence among Hemodialysis Patients. jgbfnm. 2013; 10:7-13.
34. Hall GM. How to write a paper. 3th ed. London: BMJ publishing group; 2003:92-98.
35. Cook DJ, Mulrow CD, Haynes RD. Systematic reviews: synthesis of best evidence for clinical decisions. Ann Intern Med. 1997; 126(5): 376-380.
36. Nasiri zarrin gabaei D, Kamely A, Abbaspour H. Prevalence of depression and its associated factors in hemodialysis patients. Journal of North Khorasan University of Medical Sciences. 2013;5:1023-1029.
37. Zahiroldin A, Haiati M, Jadidi M, Samimi M. Depression in patients undergoing chronic hemodialysis. Journal of Ardabil University of medical sciences. 2005;5(3):256-259.
38. 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.
39. Masoudi Alavi N, Sharifi Kh, Ali Akbarizadeh Z. Depression and anxiety in patients undergoing renal replacement therapy in Kashan in 2006-2007.Feyz. 2008;12(4):46-51.
40. Bahraminejad N. Psychosocial stressors in hemodialysis patients in Qazvin. Journal of Qazvin University of Medical Sciences. 2000;4(2):90-96.
41. Sajadi M, Koushyar H, Vagheei S, Esmaeili H.The effect of self-care education on depression in patients undergoing hemodialysis. Journal of Birjand University of Medical Sciences. 2008; 15(1):34-39.
42. Alipur B, Kushavar H, AlipurAjiri S, Alipurfard A.Knowledge, attitude and practice of nutrition for kidney patients undergoing hemodialysis.Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences. 2002;36(56):57-62.
43. Baraz S, Mohammadi I, Boroumand B. The effect of dietary regimen education on the laboratory variables and interdialytic weight gain in hemodialytic patients. J Shahrekord Univ Med Sci. 2006;8(1):20-27.
44. Imani E, Khademi Z, Hosseini Teshnizi S, Yosefi H, Mirzadeh G, Soudagar S et al. The role of face-to-face education on body weight and some serum parameters in Hemodialysis patients. modern care j. 2013; 10 (2):115-123.
45. Rafii F, Rambod M, Hosseini F. Perceived Social Support in Hemodialysis Patients. Journal of Faculty of Nursing and Midwifery.2009;15(1):5-12.
46. Rambod M, Rafii F. Relationship between perceived social support and quality of life in hemodialysis patients. Iran Journal of Nursing. 2009; 22(58):99-110.
47. Mohajer M, Dejkam M, Baniasad MH, Nazarali Sh, Amiri Z. Socio-psychological alterations in patients before and after kidney transplantation in Taleghani and Hasheminejad hospitals. J Shaheed Beheshti Univ Med Sci Health Serv. 2004;2:135-140.
48. Kasiske BL, Snyder JJ, Gilbertson DT, Simon T, Maclean JR. Risk factors for post-kidney transplantdepression identify which patients need closer mental health assessment. American Society of Nephrology37th Annual Meeting & Scientific Exposition; 2004;1:154.
49. Cabness J, Freeman A, Root L. Two NKF-sponsored research projects study depression in dialysis patients. Family Focus. 2005;14:8-11.
50. Brickman AL, Rothberg ST, Yount SE, Blaney NT, Morgan R. Is satisfaction with kidney transplantation influenced by personality and post transplant side effects? Dialysis & Transplant. 1998;27(11):725-733.
51. Humar A, Denny R, Matas AJ, Najarian JS. Graft and quality of life outcomes in older recipients of a kidney transplant. Exp Clin Transplant. 2003;1(2):69-72.
52. Nazari T, Yassemi MT, Doust Mohammadi M, Nematzadeh Mahani K. Prevalence of depression and anxiety among patients in internal and surgical wards. Quart J Andeesheh va Raftar. 2002;30:18-25.
53. 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.
54. Baraz S, Mohammadi I, Boroumand B. A comparative study on the effect of two methods of self-care education (direct and indirect) on quality of life and physical problems of hemodialysis

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

patients. Arak Medical University Journal. 2006; 9 (1):71-22.
55. Feizalahzadeh H, Zagheri Tafreshi M, Moghaddasi H, Ashghali Farahani M, Zareh Z, Khalilzadeh M.R. Effectiveness of Multimedia Based on Education and Traditional Methods on Life Quality of Hemodialysis Patients. HNMJ. 2016; 26(80): 69-78.
56. Ersoy-Kart M, Guldu O. Vulnerability to stress, perceived social support, and coping styles amongchronic hemodialysis patients. Dialysis& Transplantation. 2005; 34(10): 662-671.
57. Yu DS, Lee DT, Woo J. Psychometric testing of the Chinese version of the medical outcomes study social support survey (MOS-SSS-C). Res Nurs Health. 2004 Apr; 27(2): 135-143.
58. Campbell HS, Phaneuf MR, Deane K. Cancer peer support programs-do they work? Patient EducCouns. 2004; 55(1): 3-15.
59. Chan CW, Hon HC, Chien WT, Lopez V. Social support and coping in Chinese patientsundergoing cancer surgery. Cancer Nurs. 2004 May-Jun; 27(3): 230-236.
60. Kim Y, Evangelista LS. Relationship between illness perceptions, treatment adherence, and clinical outcomes in patients on maintenance hemodialysis. Nephrol Nurs J. 2010; 37(3): 271-280.
61. 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 .
62. 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 .
63. -Pang SK, Ip WY, Chang AM. Psychosocial correlates of fluid compliance among Chinese haemodialysispatients. J Adv Nurs. 2001; 35(5): 691-698.
64. 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.
65. 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.
66. 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): 383-390.
67. Helgeson VS, Cohen S. Social support and adjustment to cancer: reconciling descriptive, correlational, and intervention research. Health Psychol 1996; 15(2): 135-148.
68. 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): 275-284.

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

سؤالات

۱- چند درصد از بیماران مبتلا به نارسایی کلیه در ایران دیالیز می شوند؟

الف) ۱۰-۵

ب) ۱۵

ج) ۲۰

د) بیشتر از ۲۰

۲- انجام همودیالیز موجب تغییر در کدام یک از ابعاد زندیگی بیماران دیالیزی می شود؟

الف) کیفیت زندگی

ب) نقش های فردی

ج) سلامت جسمی

د) همه موارد

۳- شایع ترین علل عدم تبعیت از درمان در ایران چه می باشد؟

الف) علل روحی روانی

ب) علل اجتماعی

ج) علل اقتصادی

د) همه موارد

۴-کدام یک از موارد زیر از ابعاد تبعیت از درمان است؟

الف) تبعیت از رژیم غذایی

ب) تبعیت از محدودیت مایعات

ج) تبعیت از رژیم دارویی

د) همه موارد

۵- کدام یک از موارد زیر بر شدت افسردگی در بیماران دیالیزی موثر است؟

الف) سن

ب) جنس

ج) مدت درمان

د) همه موارد

۶- بهترین روش آموزش و ارتقا سطح آگاهی بیماران دیالیزی کدام است؟

الف) اموزش چهره به چهره

ب) اموزش گروهی

ج) سخنرانی

د) پمفلت و کتابچه

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

۷- چند درصد از بیماران دیالیزی از برنامه درمانی خود تبعیت نمی کنند؟

الف) ۲۵

ج) ۵۰

ج)۸۶

د) ۸۶-۲۵

۸- معیار عدم تبعیت از محدودیت مایعات در بیماران کدام است؟

الف) اضافه وزن بین دو جلسه

ب)سطح نیتروژن اوره خون

ج) سطح کراتینین

د) هیچکدام

۹- مهم ترین عامل تنش زا در مورد بیماران دیالیزی کدام است؟

الف) محدودیت فعالیت جسمی

ب) افسردگی

ج) وابستگی به اطرافیان

د) الف و ب

۱۰- حمایت اطلاعاتی بیماران دیالیزی منجر به ..... می شود؟

الف) کاهش اضطراب

ب) افزایش اعتماد به نفس

ج) ارتقا سطح سلامت

د) همه موارد

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-09]