

تأثیر مداخله در ادراک بیماری بر نشانگرهای آزمایشگاهی و پیامدهای بالینی بیماران همودیالیزی

آلهه سیدرسولی^۱؛ کبری پرون^۱؛ آزاد رحمانی^۱؛ ژاله رحیمی^{۱*}

چکیده

زمینه: بیماران تحت همودیالیز به دلیل بیماری زمینه‌ای خود، پیوسته نقش یک بیمار را در زندگی ایفا می‌کنند. ادراک بیماری می‌تواند بر رفتارهای مرتبط با سلامتی در مدیریت بیماری و همچنین بر پیامدهای بیماری تأثیرگذار باشد. این مطالعه با هدف بررسی تأثیر مداخلات ادراک بیماری بر نشانگرهای آزمایشگاهی و پیامدهای بالینی بیماران همودیالیزی انجام گرفت. روش‌ها: در یک کارآزمایی بالینی تصادفی، ۸۰ بیمار همودیالیزی به‌روش تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. جهت جمع‌آوری اطلاعات از یک چک‌لیست مشتمل بر سه بخش شامل اطلاعات جمعیت‌شناختی، پرسشنامه ادراک بیماری و پیامدهای بالینی استفاده شد. بیماران گروه آزمایشی به مدت ۶ جلسه و در طول یک و نیم ماه مداخلات ادراک بیماری را به صورت انفرادی دریافت کردند. گروه کنترل نیز مراقبت‌های روتین بخش را دریافت کردند. هر دو گروه ۸ هفته بعد از دریافت مداخلات مورد ارزیابی مجدد قرار گرفتند. داده‌های مطالعه با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون تی زوج و مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بیماران شرکت‌کننده در مداخلات ادراک بیماری به‌صورت معناداری در حیطه‌های افزایش وزن بین دو جلسه دیالیز ($P=0/001$) و میزان فسفر خون ($P=0/02$) نمرات بالاتری را نسبت به بیماران گروه کنترل کسب نمودند. نتیجه‌گیری: مداخلات ارتقاءدهنده ادراک بیماری منجر به ارتقاء میزان فسفر خون و IDWG در بیماران تحت همودیالیز می‌شود. راهبردهایی به‌منظور بهبود تبعیت از درمان و پیامدهای بالینی در این بیماران باید اتخاذ شود. کلیدواژه‌ها: ادراک بیماری، پیامد بالینی، نشانگر آزمایشگاهی

«دریافت: ۱۳۹۲/۲/۲۲ پذیرش: ۱۳۹۲/۷/۲۳»

۱. گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

* عهده‌دار مکاتبات: تبریز، دانشکده علوم پزشکی تبریز، دانشکده پرستاری و مامایی تبریز، گروه پرستاری، تلفن: ۰۹۱۴۸۵۲۱۷۰

Email: tm.rahimi@yahoo.com

مقدمه

اورمی نیاز به رعایت رژیم غذایی، محدودیت مایعات و رعایت رژیم دارویی دارد (۲). تبعیت از رژیم درمانی سبب کاهش میزان مرگ و میر، ناتوانی و عوارض ناشی از همودیالیز شده و در بهبود کیفیت زندگی و افزایش امید به زندگی در بیماران مؤثر خواهد بود (۳). امروزه روش‌های عینی برای اندازه‌گیری میزان پیروی از رژیم درمانی در بیماران مبتلا به اورمی شناخته شده است (۴ و ۵). در این روش‌ها سطح نیتروژن اوره خون که نشان‌دهنده میزان مصرف پروتئین است، سطح پتاسیم و فسفات سرم که گویای میزان تبعیت از رژیم غذایی و

نارسایی مزمن کلیه یک بیماری با اختلال شدید و غیرقابل برگشت در عملکرد کلیه است که نتیجه آن ناتوانی بدن در حفظ تعادل مایعات و الکترولیت‌ها و متابولیسم مواد است (۱). بیماران مبتلا به مرحله انتهایی نارسایی کلیه (End stage renal disease (ESRD)) برای تأمین سلامت خود تحت درمان با دیالیز قرار می‌گیرند. همودیالیز زندگی بیماران را به‌طور جدی تحت تأثیر قرار می‌دهد. مؤثر واقع شدن درمان با همودیالیز و کسب نتیجه بهتر در کنترل علائم و نشانه‌های اختلالات نشانگان

نتایج مطالعات قبلی نشان‌دهنده ارتباط بین ادراک بیماری و رفتارهای مرتبط با سلامت و تبعیت از درمان بیماران می‌باشد. داشتن ادراک منفی نسبت به بیماری به تبعیت ضعیف بیماران ESRD منجر می‌شود (۸ و ۹). از آنجایی که رفتارهای تبعیتی در ESRD مستقیماً با پیامدهای بالینی ضعیف مرتبط است، ادراک منفی احتمالاً به پیامدهای ضعیف بیماری در این جمعیت منجر می‌شود.

در مرور وسیع متون داخلی و خارجی، مطالعات محدودی یافت شد که تأثیر مداخلات ارتقاءدهنده ادراک بیماری را بر پیامدهای بالینی بیماران تحت همودیالیز بررسی کرده باشند. در مطالعات انجام‌شده نوع پیامدهای بالینی مورد بررسی با مطالعه حاضر متفاوت است. اغلب پیامدهایی مانند بازگشت به کار یا تعداد روزهای ناخوشی و بیماری تاکنون مورد بررسی قرار گرفته است. علاوه بر این مطالعات، نتایج متفاوتی را در پاسخ به این سؤال که آیا ارتقاء درک بیماران می‌تواند منجر به بهبود پیامدهای بالینی شود یا خیر؟ گزارش کرده‌اند. البته با توجه به پژوهش‌های انجام‌شده به نظر می‌رسد که ارتقاء ادراک بیماری بتواند پیامدهای بالینی بیماران را تحت تأثیر قرار دهد. از طرفی در اغلب مطالعات قبلی مداخلات ادراک بیماری به صورت گروهی برای افراد اجرا شده است که این نکته به‌عنوان یکی از محدودیت‌های این مطالعات نیز ذکر شده است و پیشنهاد شده که در مطالعات آینده، مداخلات به صورت انفرادی و بیمارمحور ارائه شود. همان‌طور که در مدل خودتنظیمی نیز اشاره شده است ادراک بیماری از فردی به فرد دیگر متفاوت است (۲۵). از این رو در این مطالعه مداخلات به صورت انفرادی اجرا شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش شامل تمامی بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه تحت درمان با همودیالیز در مرکز

دارویی می‌باشد و همچنین افزایش وزن بین دو جلسه دیالیز (IDWG= interdialytic weight gain) که نشان‌دهنده میزان مصرف مایعات است، اندازه‌گیری می‌شود (۶). میزان اضافه‌وزن بین دو جلسه دیالیز به مقدار مایعات تجمع‌یافته در بدن بین دو جلسه دیالیز اطلاق می‌شود (۷). بر اساس تحقیقات انجام‌شده ۳۰-۶۰ درصد از بیماران در تبعیت از محدودیت مایعات شکست می‌خورند (۸). عدم پیروی از رژیم مایعات در این بیماران منجر به افزایش وزن بین دو جلسه دیالیز و بروز عوارضی از جمله هیپرتانسیون، نارسایی احتقانی قلب، ادم ریوی و افزایش خطر مرگ، گرفتگی عضلانی، کوتاهی تنفس، سرگیجه، اضطراب، نگرانی و افزایش شدید فشارخون می‌شود (۹).

مطالعات بسیاری سعی در شناسایی فاکتورهایی کرده‌اند که می‌تواند تبعیت از درمان بیماران ESRD را تحت تأثیر قرار دهد. به‌ویژه مشخص شده است که ادراک منفی در مورد وضعیت بیماری می‌تواند تبعیت از درمان بیماران را تحت تأثیر قرار دهد (۱۰). یکی از الگوهای نظری که نشان می‌دهد چگونه ادراک بیماری، رفتارهای مرتبط با سلامتی و پیامدها را تحت تأثیر قرار می‌دهد، الگوی خودتنظیمی (Self-regulation model) است که توسط لوتال و همکارانش ارائه شده است (۶). بر اساس این الگو فردی که ادراک مثبت از بیماری خویش داشته باشد، قادر است به‌طور واقع‌بینانه و صحیح، علایم و نشانه‌ها و ابعاد دیگر بیماری را درک و تحلیل نماید که این ادراک می‌تواند بر رفتارهای مرتبط با سلامتی و راهبردهای کنار آمدن که بیمار برای مهار بیماری به آن‌ها نیازمند است و همچنین بر پیامدهای بیماری تأثیرگذار باشد (۱۱). پنج بعد ادراک بیماری که در تعدیل رفتار افراد و تبعیت آنان از درمان نقش دارند عبارتند از: ماهیت بیماری (Illness identity) (برچسب بیماری)، مدت‌زمان بیماری، پیامدهای بیماری، باور فرد در مورد علل مسبب آغاز بیماری و کنترل‌پذیر بودن بیماری (۱۲).

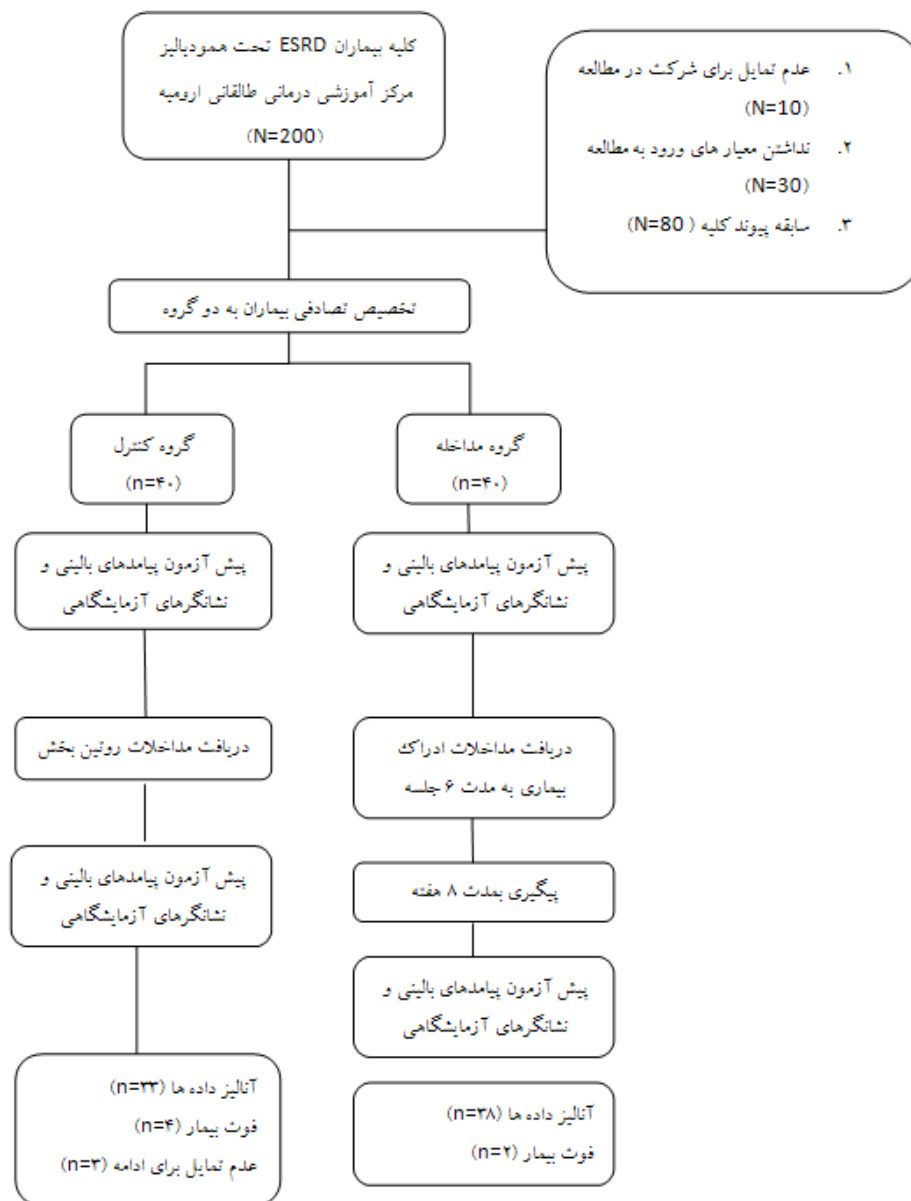
پایه‌ریزی شد. این ابعاد عبارت بودند از ۱- ماهیت (برچسب و علائم مربوط به بیماری مانند خستگی و ضعف)، ۲- علت یا باور فرد در مورد علل مسبب آغاز بیماری، ۳- مدت‌زمان یا ادراک فرد در مورد طول مدت بیماری بر حسب این‌که حاد، دوره‌ای یا مزمن است، ۴- پیامدها و یافته‌های موردانتظار فرد از بیماری بر حسب اثرات اقتصادی، اجتماعی، روانی و جسمی، ۵- مؤثر بودن کنترل، درمان و بهبود.

در اجرای مداخلات از تکنیک‌های خودکنترلی (Self monitoring) و تشویق کلامی، طراحی هدف (Goal setting) (مثلاً برای افزایش وزن بین جلسات همودیالیز)، بازخورد و ارزیابی رفتارهای هدف روزانه (دریافت مایعات و غیره)، شناسایی تقویت‌کننده‌های پنهان و آشکار مانند خودارزیابی مثبت و شرکت در فعالیت‌های لذت‌بخش و استفاده از دفتر یادداشت روزانه استفاده شد. ۸ هفته بعد از دریافت مداخلات، بیماران تحت پیگیری قرار گرفتند تا تأثیرات طولانی‌مدت مداخلات نیز مورد بررسی قرار گیرد. اصول و مثال‌های کاربردی استفاده‌شده جهت ارتقاء ادراک بیماری برای این مطالعه برگرفته از مطالعات قبلی بود و با در نظرگیری مسایل فرهنگی، علایق قبلی و هنجارهای جامعه و بعد از ارزیابی میزان آمادگی، تجربیات و ادراکات قبلی بیمار اجرا شد. همچنین به‌منظور جلوگیری از سوءگیری در اجرای مداخلات، بیماران گروه مداخله و کنترل از دو شیفت مجزا (بیماران گروه کنترل از شیفت صبح و بیماران گروه مداخله از شیفت عصر) انتخاب شدند تا طی جلسات همودیالیز از تبادل اطلاعات بین دو گروه جلوگیری شود. بیماران گروه کنترل فقط آموزش‌های مرسوم بخش را دریافت نمودند. در طی انجام فرایند مطالعه، ۹ بیمار از روند مطالعه خارج شدند که دو بیمار از گروه مداخله و هفت بیمار از گروه کنترل بودند (تصویر ۱).

قبل از اجرای مطالعه، طرح مطالعه به تأیید کمیته منطقه‌ای اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی تبریز

آموزشی درمانی آیت‌الله طالقانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ارومیه بود که دارای سن حداقل ۱۸ سال بودند، در هفته دو بار یا بیشتر دیالیز می‌شدند، حداقل به مدت شش‌ماه تحت درمان با همودیالیز بودند و توان تکمیل پرسشنامه و شرکت در جلسات را داشتند. بیماران مبتلا به بیماری روانی شناخته‌شده و همچنین بیمارانی که سابقه پیوند کلیه داشتند از مطالعه خارج شدند. تعداد ۸۰ بیمار واجد شرایط با روش نمونه‌گیری در دسترس و بعد از انجام مطالعه مقدماتی به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. سپس، این بیماران به روش تصادفی ساده به دو گروه مداخله ($n=38$) و کنترل ($n=33$) تقسیم شدند (شکل ۱). ابزار گردآوری داده‌ها شامل چک‌لیستی دو قسمتی بود. قسمت اول برخی مشخصات فردی-اجتماعی و مشخصات وابسته به بیماری شامل جنس، سن، میزان تحصیلات، مدت دیالیز و تعداد جلسات دیالیز در هفته را در بر می‌گرفت. قسمت دوم، پرسشنامه ادراک بیماری (IPQ-Brief) بود که پرسشنامه‌ای ۹ سؤالی است. هر سؤال یک بعد از جنبه‌های عاطفی و شناختی ادراک بیماری را مورد بررسی قرار می‌دهد. دامنه نمره‌های ۸ سؤال اول از ۱-۱۰ است و سؤال ۹ پاسخ باز دارد. پیامدهای بالینی مورد مطالعه شامل میانگین افزایش وزن بین دو جلسه همودیالیز و نشانگرهای آزمایشگاهی از جمله اوره، کراتینین، کلسیم، فسفر، هموگلوبین و هماتوکریت بود. در این مطالعه جهت سنجش میزان IDWG از میانگین افزایش وزن چهار جلسه همودیالیز استفاده شد. پیامدهای بالینی قبل از مداخله و ۸ هفته بعد از مداخله اندازه‌گیری شدند.

اجرای مداخله در گروه تجربی طبق برنامه دیالیز و در بالین بیماران انجام گردید. بیماران طی ۶ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای آموزش چهره‌به‌چهره به‌صورت هفتگی مداخلات ارتقاءدهنده ادراک بیماری را به‌صورت انفرادی دریافت کردند. این مداخلات بر اساس ۵ بعد ادراک بیماری و همچنین، تأثیری که این مداخلات می‌تواند در پیامدهای بالینی و نشانگرهای آزمایشگاهی بیماران داشته باشد



تصویر ۱- مطالعه کارآزمایی بالینی مداخلات ادراک بیماری در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه تحت درمان با همودیالیز

پیامدهای بالینی قبل و ۸ هفته بعد از مداخله از آزمون t با نمونه‌های زوج و آزمون t با نمونه‌های مستقل استفاده شد. سطح معناداری $P < 0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

از نظر مشخصات فردی- اجتماعی ۷۱ بیمار تحت همودیالیز شرکت‌کننده در مطالعه، تفاوت آماری معناداری بین بیماران دو گروه وجود ندارد (جدول ۱).

رسید. همچنین، در مورد نحوه انجام مطالعه و حقوق مشارکت‌کنندگان، آگاهی لازم به بیماران دو گروه داده شد و رضایت‌نامه کتبی آگاهانه کسب گردید. همچنین تصریح شد که عدم شرکت آن‌ها در مطالعه هیچ ارتباطی به دریافت مراقبت‌های درمانی ندارد.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS 16 تجزیه و تحلیل گردید. برای تعیین فراوانی، میانگین و انحراف معیار متغیرها از آمار توصیفی و برای مقایسه امتیازات

نتایج مقایسه نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون ادراک بیماری در بیماران دو گروه مداخله و کنترل نشان داد که پس از دریافت مداخلات ادراک بیماری در گروه مداخله، ادراک بیماری در ابعاد "پیامدها"، "کنترل فردی"، "کنترل درمان"، "ماهیت"، "وابستگی" و "واکنش عاطفی" بهبود یافته است اما در ابعاد "نگرانی" و "طول مدت بیماری" تغییر معناداری نکرده است (جدول ۲).

جدول ۱- مشخصات فردی- اجتماعی و وابسته به بیماری در بیماران تحت همودیالیز گروه‌های مداخله و کنترل

متغیرها	گروه مداخله		گروه کنترل		شاخص‌های آماری		
	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	df	ملاک	P value		
جنس	مرد	۲۵ (۶۵/۸)	۲۰ (۶۰/۶)	۱	۵/۰۸	۰/۰۲	
	زن	۱۳ (۳۴/۲)	۱۳ (۳۹/۴)				
تحصیلات	بی سواد	۱ (۲/۶)	۲ (۶/۱)	۱	۶۲/۴۶	۰/۰۲	
	زیر دیپلم	۲۶ (۶۸/۴)	۲۰ (۶۰/۶)				
	دیپلم	۷ (۱۸/۴)	۵ (۱۵/۲)				
	تحصیلات عالی	۴ (۱۰/۵)	۶ (۱۸/۲)				
تأهل	متأهل	۲۵ (۶۷/۶)	۲۷ (۸۲)	۱	۵۹/۵	۰/۰۰۱	
	مجرد	۱ (۲/۶)	۲ (۶/۱)				
	مطلقه یا همسر از دست داده	۱۲ (۳۳/۴)	۴ (۱۱/۹)				
تعداد جلسات دیالیز در هفته	۲ یا کمتر	۷ (۱۸/۴)	۳ (۹/۱)	۶۹	-۰/۲	۰/۸۴	
	۳	۳۰ (۷۸/۹)	۲۹ (۸۷/۹)				
	۴	۱ (۲/۶)	۱ (۳)				
مدت دیالیز (میانگین ± انحراف معیار به سال)	۲/۵ ± ۱/۰۳	۲/۵ ± ۱/۰۲	۶۹	-۰/۲۷	۰/۷۸		
سن (میانگین ± انحراف معیار به سال)	۴۷/۵ ± ۱۲/۸	۴۸/۱ ± ۱۱/۹	۶۹	-۰/۲۰	۰/۸۴		

جدول ۲- مقایسه اختلاف نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون ابعاد ادراک بیماری در بیماران گروه مداخله و کنترل درمان

ابعاد ادراک بیماری	گروه کنترل (n=۳۳)		گروه مداخله (n=۳۸)		df	p	t
	اختلاف میانگین‌ها	اختلاف میانگین‌ها	اختلاف میانگین‌ها	اختلاف میانگین‌ها			
پیامدها	-۰/۱ ± ۰/۴	۱/۶ ± ۱	۶۹	۰/۰۲	-۲/۳		
طول مدت بیماری	۰/۲ ± ۰/۵۷	۰/۱ ± ۰/۲	۶۹	۰/۳۱	۱/۰۱		
کنترل فردی	۰/۲ ± ۰/۳۱	۲/۹ ± ۱/۱	۶۹	۰/۰۰۶	۲/۸		
کنترل درمان	۴/۷ ± ۰/۲۸	۶/۳ ± ۱/۳	۶۹	۰/۱۸	۳/۴		
ماهیت	۰/۲ ± ۰/۴	۱/۲ ± ۰/۴۵	۶۹	۰/۰۰۱	۱/۲		
نگرانی	۰/۱ ± ۰/۲	۰/۵ ± ۰/۹	۶۹	۰/۳۰	-۱/۰۴		
وابستگی	۲/۲ ± ۰/۱	۲/۶ ± ۰/۸۵	۶۹	۰/۰۰۱	۴/۴		
واکنش عاطفی	۰/۰۰۰ ± ۰/۴	۱/۴ ± ۸/۴	۶۹	۰/۰۰۴	-۲/۹		

بررسی نمرات پیامدهای بالینی در بیماران گروه‌های مداخله و کنترل قبل و بعد از اجرای مداخله ادراک بیماری نشان داد تفاوت میانگین امتیازات پیامدهای بالینی در بعد IDWG ($P=0/001$) و فسفر خون ($P=0/008$) قبل و بعد از اجرای مداخلات ادراک بیماری در گروه مداخله معنادار است اما در دیگر پیامدهای بالینی تفاوت معناداری مشاهده نشد. در گروه کنترل، تغییرات میزان IDWG از لحاظ آماری معنادار بود (جدول ۳).

در ادامه، اختلاف میانگین پس‌آزمون و پیش‌آزمون پیامدهای بالینی و نشانگرهای آزمایشگاهی بیماران دو گروه مداخله و کنترل مقایسه شد (جدول ۴). بعد از مداخلات ادراک بیماری، اختلاف نمرات پیامدهای بالینی در زمینه IDWG ($P=0/001$) و میزان فسفر ($P=0/002$) در بین گروه مداخله و کنترل از لحاظ آماری معنادار بوده ولی در بقیه موارد از اختلاف معنادار آماری مشاهده نشد ($P<0/05$).

جدول ۳- مقایسه نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون پیامدهای بالینی و نشانگرهای آزمایشگاهی در بیماران گروه مداخله و کنترل درمان

حیطه	گروه مداخله (n=۳۸)					گروه کنترل (n=۳۳)				
	قبل از مداخله	بعد از مداخله	df	t	p	قبل از مداخله	بعد از مداخله	df	t	p
کلسیم	۸/۴±۰/۹	۸/۳±۱/۱	۳۷	۰/۶۷	۰/۴۹	۷/۹±۱/۱	۷/۹±۱/۱	۳۲	۰/۳۱	۰/۷۰
فسفر	۵/۳±۱/۶	۴/۸±۱/۳	۳۷	۲/۸۱	۰/۰۰۸	۵/۴±۱/۳	۵/۴±۱/۳	۳۲	۰/۰۶	۰/۹۵
هموگلوبین	۱۱/۱±۱/۹	۱۱/۱±۲	۳۷	-۰/۰۰۷	۰/۹۹	۱۱/۵±۱/۷	۱۱/۵±۱/۸	۳۲	۰/۰۰۰	۱
هماتوکریت	۳۴/۳±۷/۶	۳۴/۶±۸/۸	۳۷	-۰/۱۸	۰/۷۱	۳۶/۶±۵/۷	۳۶/۷±۵/۸	۳۲	-۰/۷۲	۰/۴۷
کراتینین	۸/۳±۲/۲	۸/۳±۲	۳۶	۰/۰۳	۰/۹۷	۸/۰۴±۲/۶	۹/۸±۱۲/۸	۳۲	-۰/۸۴	۰/۴۰
نیترژن اوره خون	۱۲۳/۲±۳۱/۲	۱۲۴/۴±۳۵/۵	۳۷	-۰/۳۷	۰/۷۱	۱۲۶/۷±۳۹/۲	۱۲۹/۱±۳۳/۶	۳۲	-۰/۸۲	۰/۴۱
وزن خشک	۶۶/۳±۱۳/۴	۶۶/۳±۱۳/۴	۳۴	-۰/۵۳	۰/۵۹	۶۶/۳±۱۳/۴	۶۶/۳±۱۳/۴	۳۴	-۰/۵۳	۰/۵۹
IDWG	۳/۹±۱/۶	۳±۱/۴	۳۷	۶/۷	۰/۰۰۱	۳/۶±۱/۶	۳/۹±۱/۸	۳۰	-۲/۵	۰/۰۱۶

جدول ۴- مقایسه اختلاف میانگین نمرات پس‌آزمون و پیش‌آزمون پیامدهای بالینی و نشانگرهای آزمایشگاهی در بیماران دو گروه کنترل و مداخله

آیتم‌های مورد بررسی	گروه کنترل (n=۳۳)		گروه مداخله (n=۳۸)	
	اختلاف میانگین‌ها	df	اختلاف میانگین‌ها	df
کلسیم	-۰/۰۲±۰/۴۱	۶۹	-۰/۱۳±۱/۲	۶۹
فسفر	-۰/۰۰۶±۰/۵۷	۶۹	-۰/۵±۱/۱	۶۹
هموگلوبین	۰/۰۷±۰/۵۷	۶۹	۰/۳۱±۱۰/۴	۶۹
هماتوکریت	۰/۰۰۰±۰/۲۸	۶۹	۰/۰۰۲±۱/۸	۶۹
کراتینین	۱/۸±۱۲/۵	۶۹	-۰/۰۰۸±۱/۳	۶۹
نیترژن اوره خون	۲/۳±۱۶/۳	۶۹	۱/۱±۱۸/۶	۶۹
IDWG	۰/۳۲±۰/۷۱	۶۹	-۰/۹۴±۰/۸۵	۶۹

بحث

نتایج این پژوهش نشان داد که ارتقاء ادراک بیماران همودیالیزی منجر به بهبود پیامدهای بالینی در ابعاد IDWG و میزان فسفر خون می‌شود. نتایج اکثر مطالعات انجام شده در زمینه تأثیر ادراک بیماری بر پیامدهای بالینی نشان می‌دهد که ادراک بیماری می‌تواند پیامدهای بالینی را در بیماران همودیالیزی تحت تأثیر قرار دهد (۱۳) و (۱۴). مطالعه‌ای که توسط Christensen و همکاران (۲۰۰۲) بر روی بیماران همودیالیزی انجام شده است نشان‌دهنده بهبود تبعیت از درمان در بعد تبعیت از محدودیت مایعات پس از دریافت مداخلات ادراک بیماری است. همچنین میزان IDWG ۸ هفته پس از دریافت مداخلات در مطالعه مذکور بهبود یافته بود، درحالی‌که رفتارهای تبعیتی در دیگر ابعاد تبعیت از درمان افزایشی نشان نداده بود (۸). این در حالی است که بر خلاف نتایج مطالعات فوق، پژوهش انجام شده توسط Kim و همکاران (۲۰۱۰) بیانگر آن است که ادراک بیماری هیچ‌یک از پیامدهای بالینی در این بیماران را پیشگویی نمی‌کند. این مطالعه که به بررسی ارتباط بین ادراک بیماری، تبعیت از درمان و پیامدهای بالینی در ۱۵۰ بیمار همودیالیزی پرداخته است، نشان می‌دهد که ادراک بیماری هیچ‌یک از پیامدهای بالینی در این بیماران را پیش‌گویی نمی‌کند (۱۰).

نقش ادراک بیماری بر روی پیامدهای مرتبط با سلامتی مانند رفتارهای سلامتی، پیامدهای عملکردی و سازگاری روانی افراد، توسط منابع مختلفی تأیید حمایت شده است (۱۷-۱۵). Keogh و همکاران در مطالعه‌ای بر روی بیماران دیابتی گزارش کردند که مداخلات ادراک بیماری در تغییر ادراک بیماری افراد و بهبود پیامدهای بیماری مفید است (۱۸).

علی‌رغم اهمیت بالینی تبعیت از درمان در بیماران همودیالیزی، مطالعات اندکی در مورد پیامدهای تبعیت از درمان در این بیماران صورت گرفته است. پرسشنامه‌های اندکی توسط نویسندگان مختلف برای اندازه‌گیری تبعیت

از درمان ایجاد شده‌اند، اما روایی و پایایی بسیاری از این پرسشنامه‌ها تست نشده است. از این رو مارکرهای بیولوژیکی و بیوشیمیایی مانند اضافه‌وزن بین دو جلسه دیالیز و پتاسیم یا فسفر سرم، روش‌های قابل قبولی برای ارزیابی پیامدهای بالینی هستند (۱۹).

یکی از اولین تحقیقات در زمینه تبعیت از محدودیت مایعات در بیماران همودیالیزی توسط کامینگ و همکاران انجام گردید. در این مطالعه، آگاهی ۱۱۶ بیمار در مورد درمان، اعتقاد سلامتی، تاریخچه سلامتی، حمایت اجتماعی، شخصیت فردی و تبعیت از درمان مورد بررسی قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد که ادراک بیمار در مورد تأثیر بیماری بر روی خانواده به شدت با IDWG مرتبط است (۲۰). مقدار IDWG بیانگر تبعیت بیماران از محدودیت مایعات است (۲۱). تفاوت در میزان IDWG در متون مختلف به دلیل ناهماهنگی در اندازه‌گیری‌های استفاده شده برای ارزیابی IDWG و فقدان تعاریف کاربرد بالینی آن می‌باشد. در پژوهش حاضر، جهت ارزیابی میزان IDWG، از متوسط اضافه‌وزن چهار جلسه همودیالیز استفاده شد (۱۰ و ۲۲).

بر اساس نتایج مطالعات قبلی، میزان فسفر خون پیشگویی‌کننده تبعیت از رژیم دارویی در بیماران همودیالیزی است. بسیاری از بیماران ESRD از فسفات باندرها استفاده می‌کنند. تجارب بالینی پیشنهاد می‌کنند که فسفات باندرها احتمالاً تنها عامل مهم در بار ناشی از داروهای روزانه هستند. مطالعه‌ای که Lee و Molassiotis (۲۰۰۲) انجام دادند میزان پیروی از رژیم غذایی حاوی فسفات را ۴۳/۵ درصد گزارش کردند (۲۳). از آنجایی‌که دیالیز قادر به برداشت فسفر اضافی در بدن نمی‌باشد لذا انتخاب برنامه غذایی مناسب در کم کردن این نوع اختلال اهمیت دارد. افزایش سطح فسفر سرم منجر به هیپرپاراتیروئیدیسم، استئودسترونی کلیوی، افزایش بیماری‌های عروق کرونر و افزایش مرگ و میر در بیماران خواهد شد. مطالعات نشان می‌دهد که افزایش سطح فسفات به بیش از ۶/۵ میلی‌گرم در دسی‌لیتر

آزمایشگاهی فقط در یک برهه زمانی مورد سنجش قرار گرفت، از این رو پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده، میانگین نشانگرهای آزمایشگاهی مورد سنجش قرار گیرد. همچنین در مطالعه حاضر از نمونه در دسترس و حجم پایین نمونه‌ها استفاده شد و تعدادی از بیماران طی اجرای مطالعه از مطالعه خارج شدند که این مسأله می‌تواند در تعمیم‌پذیری نتایج مطالعه تأثیر گذار باشد. توصیه می‌شود مطالعات آتی با تعداد نمونه بیشتر مورد بررسی قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج این مطالعه ارتقاء ادراک بیماران از بیماریشان می‌تواند در بهبود تبعیت از درمان و بدنبال آن در بهبود متغیرهای آزمایشگاهی بیماران تأثیر گذار باشد. از اینرو اجرای اقداماتی که منجر به بهبود درک این بیماران شود می‌تواند در بهبود کیفیت زندگی این بیماران نیز مؤثر باشد.

می‌تواند خطر مرگ و میر افراد را افزایش دهد (۲۴). در مرور وسیع متون، پژوهشگران به مطالعه‌ای که تأثیر ادراک بیماری بر میزان فسفر خون را بررسی کرده باشد دست نیافتند. از این رو نتایج مطالعه حاضر تأکیدی بر این مسأله است که ادراک بیماری می‌تواند پیامدهای بالینی در این بیماران را تحت تأثیر قرار دهد، هرچند میزان فسفر خون نه تنها با تبعیت از درمان دارویی، بلکه با تبعیت از محدودیت رژیم غذایی نیز مرتبط است. بنابراین این مطالعه یک استدلال منطقی برای تأکید اهمیت تبعیت از درمان در این بیماران است.

در این مطالعه بیماران بعد از دریافت مداخلات، فقط یک‌بار مورد سنجش قرار گرفتند لذا پیشنهاد می‌شود برای دسترسی به اهداف، در مطالعات آتی سنجش اطلاعات بیماران در چندین فاصله زمانی بعد از اجرای مداخلات انجام گردد تا تأثیرات طولانی‌مدت مداخلات ادراک بیماری بر تبعیت از درمان بیماران مورد بررسی قرار گیرد. علاوه بر این در مطالعه حاضر، نشانگرهای

References

1. Curtin BR, Bultman DC, Thomas-Hawkins C, et al. Hemodialysis patient symptom experience effects on physical and mental functioning. *Nephrol Nurs J.* 2002; 29(6):562-74.
2. Mozes B, Shabtai E, Zucker D. Differences in quality of life among patients receiving dialysis replacement therapy at seven medical centers. *J Clin Epidemiol.* 1997; 50(9): 1035-1043.
3. Durose OL, Holdsworth M, Watson V, Przygodzka F. Knowledge of dietary restrictions and the medical consequences of noncompliance by patients on hemodialysis are not predictive of dietary compliance. *J Am Diet Assoc.* 2004; 104(1): 35-41.
4. Takaki J, Yano E. Possible gender difference in the relationships of self-efficacy and the internal locus of control with compliance in hemodialysis patients. *Behav med.* 2006; 32(1): 5-11.
5. Kaveh K, Kimmel PL. Compliance in hemodialysis patients: multidimensional measure in search of a gold standard. *Am J Kidney Dis.* 2001; 37(2): 244-66.
6. Takaki J, Nishi T, Shimoyama H, et al. Possible variances of blood urea nitrogen serum potassium and Phosphorus levels and inter-dialectic weight gain accounted for compliance of hemodialysis patients. *J Psychosom Res.* 2003; 55(6):525-9.
7. Khechane NL, Mwaba K. Treatment adherence and coping with stress among black South African haemodialysis patients. *Social Behavior and Personality.* 2004; 32(8): 777-782.
8. Christensen AJ, Moran PJ, Wiebe JS, et al. Effect of behavioral self-regulation interventions on patient adherence in hemodialysis. *Health Psychol.* 2002; 21(4), 393 – 397.
9. Cvengros JA, Christensen AJ, Lawton WJ. The role of perceived control and preference for control in adherence to chronic medical regimen. *Annals of Behavior Medicine.* 2004; 27(3): 155 – 161.
10. Welch JL, Thomas-Hawkins C. Psycho-educational strategies to promote fluid adherence in adult hemodialysis patients: A review of intervention studies. *International Journal of Nursing Studies.* 2005; 42(5):597-608.
11. Stafford L, Berk M, Jackson HJ. Are illness perceptions about coronary artery disease predictive of depression and quality of life outcomes? *J Psychosom Res.* 2009; 66(3): 211-20.
12. Cameron L, Leventhal H. The self-regulation of health and illness behavior. 1th ed. New York: Routledge. 2003. 203-252.

13. Arnold TL. Predicting Fluid Adherence in Hemodialysis Patients via the Illness Perception Questionnaire – Revised. *Counseling and Psychological Services Dissertations* 2008; 27:212-23.
14. Chilcot J, Wellsted D, Farrington K. Illness representations are associated with fluid nonadherence among Hemodialysis patients. *J Psychosom Res.* 2010 ; 68(2): 203–212.
15. Hagger MS, Orbell S. A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychology and Health.* 2003; 18(2):141–84.
16. Petrie KJ, Jago LA, Devcich DA. The role of illness perceptions in patients with medical conditions. *Curr Opin Psychiatry.* 2007;20(2):163-167.
17. Horne R, Weinman J. Self-regulation and self-management in asthma: exploring the role of illness perceptions and treatment beliefs in explaining non-adherence to preventer medication. *Psychology and Health.* 2002;17(1):17–32.
18. Keogh KM, White P, Smith SM, et al. Changing illness perceptions in patients with poorly controlled type 2 diabetes, a randomised controlled trial of a family-based intervention: protocol and pilot study. *BMC Family Practice.* 2007, 8:36.
19. Curtin RB, Walters BA, Schatell D, et al. Self- efficacy and self management behaviors in patients with chronic kidney disease. *Advances in Chronic Kidney Disease.* 2008;15(2).191-205.
20. Cummings KM, Becker MH, Kirscht JP, Levin NW. Psychosocial factors affecting adherence to medical regimens in a group of hemodialysis patients. *Medical Care.* 1982; 20(6): 567 – 580.
21. Sezer S, Ozdemir FN, Arat Z, et al. The association of interdialytic weight gain with nutritional parameters and mortality risk in hemodialysis patients. *Ren Fail.* 2002; 24(1):37-48.
22. Kimmel PL, Varela MP, Peterson PA, et al. Inter dialytic weight gain and survival in hemodialysis patients: effects of duration of ESRD and diabetes mellitus. *Kidney Int.* 2000;57(3):1141-51.
23. Lee SH, Molassiotis A. Dietary and fluid compliance in Chinese hemodialysis patients. *Int J Nurs Stud.* 2002; 39(7):695–704.
24. Kestenbaum B, Sampson JN, Rudser KD, et al. Serum phosphate levels and mortality risk among people with chronic kidney disease. *J Am Soc Nephrol.* 2005; 16(2): 520-8.