

## ارتباط حمایت اجتماعی درک شده و خودکارآمدی با تبعیت از رژیم غذایی در

### بیماران همودیالیزی

دکتر روانبخش اسمعیلی<sup>۱</sup>، حمیدرضا احمدی<sup>۲\*</sup>، دکتر یدآ... جنتی<sup>۳</sup>، دکتر علیرضا خلیلیان<sup>۴</sup>، دکتر فاطمه اسپهبدی<sup>۵</sup>

- ۱- استادیار، گروه پرستاری داخلی - جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی نسبیبه ساری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، مازندران، ایران
- ۲- کارشناسی ارشد پرستاری مراقبتهای ویژه دانشگاه علوم پزشکی مازندران، مازندران، ایران
- ۳- استادیار، گروه روان پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی نسبیبه ساری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، مازندران، ایران
- ۴- استاد، گروه آمار حیاتی، دانشکده پزشکی ساری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، مازندران، ایران
- ۵- استادیار، گروه داخلی، دانشکده پزشکی ساری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، مازندران، ایران

دریافت: ۱۳۹۲/۵/۱ پذیرش: ۱۳۹۲/۶/۱۶

#### چکیده:

**مقدمه:** تبعیت از رژیم غذایی یکی از ارکان اساسی درمان بیماران همودیالیزی می‌باشد. عدم تبعیت این بیماران از رژیم غذایی، با پیامدهای بالینی وخیم‌تر همراه خواهد بود. هدف از پژوهش حاضر شناسایی ارتباط حمایت اجتماعی درک شده و خودکارآمدی بعنوان عوامل موثر احتمالی در تبعیت از رژیم غذایی در بیماران همودیالیزی می‌باشد.

**روش کار:** در این مطالعه مقطعی ۲۰۳ بیمار تحت درمان با همودیالیز شرکت داشتند که به روش سرشماری انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیکی، مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی درک شده، پرسشنامه راهبردهای ارتقای سلامتی و پرسشنامه خودگزارش دهی رفتار پیروی در بیماران کلیوی بود. نشانگرهای آزمایشگاهی/بالینی از جمله فسفر سرم، پتاسیم سرم و اختلاف وزن بین دو جلسه دیالیز از روی پرونده بیمار ثبت گردید. اطلاعات گردآوری شده توسط ضرایب همبستگی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد که بین حمایت اجتماعی درک شده و خودکارآمدی با تبعیت از رژیم غذایی به روش ذهنی ارتباط معنی‌داری وجود دارد ( $P=0/001$ ). همچنین بین حمایت اجتماعی درک شده با میزان فسفر سرم ( $P=0/023$ ) و پتاسیم سرم ( $P=0/043$ ) و بین خودکارآمدی و اضافه وزن بین دو جلسه دیالیز ارتباط معنی‌داری وجود داشت ( $P=0/004$ ).

**نتیجه نهایی:** براساس یافته‌های مطالعه، بیماران برخوردار از حمایت اجتماعی درک شده و خودکارآمدی بالاتر، تبعیت بیشتری از رژیم درمانی داشتند، بنابراین پیشنهاد می‌گردد پرستاران برنامه‌های آموزشی را به منظور ارتقاء حمایت اجتماعی درک شده و خودکارآمدی در بیماران مبتلا به نارسایی کلیه بکار برده و از این طریق پیروی از رژیم درمانی را افزایش دهند.

**کلیدواژه‌ها:** حمایت اجتماعی درک شده/ خودکارآمدی/ تبعیت از رژیم غذایی/ همودیالیز

#### مقدمه:

(۱). شیوع نارسایی مزمن مرحله انتهای کلیه در جهان ۲۴۲ مورد در یک میلیون نفر جمعیت ذکر شده است و سالانه حدود ۸ درصد به این میزان اضافه می‌شود (۳). در امریکا میزان بروز و شیوع نارسایی کلیه در حال افزایش است و شمار کسانی که پیوند کلیه انجام داده‌اند یا در حال انجام دیالیز می‌باشند از ۳۴۰۰۰۰ نفر در سال ۱۹۹۹

نارسایی مزمن کلیه در سراسر جهان به عنوان یک مشکل سلامت عمومی محسوب شده (۱) و بیماری مرحله انتهای کلیه مرحله آخر آن می‌باشد که نیاز به درمانهای جایگزین کلیوی دارد (۲). در بین تمام روشهای درمانی موجود، همودیالیز بهترین روش درمان این بیماری است

\* نویسنده مسئول: حمید رضا احمدی؛ کارشناسی ارشد پرستاری مراقبتهای ویژه دانشگاه علوم پزشکی مازندران، مازندران، ایران  
Email: hamidaran@yahoo.com

خودکارآمدی به معنی باورهای افراد به توانایی شان در کنترل اعمال و سطح عملکرد و رویدادهای تاثیرگذار بر زندگی آنها تعریف شده است. تولجامو (۲۰۰۱) در مطالعه‌ای نشان داد که تبعیت درمانی با خودکارآمدی مرتبط است و بیمارانی که احساس اعتماد به نفس بالایی در انجام مراقبت از خود دارند، بهتر می‌توانند بیماری نارسایی مزمن کلیه را تحت کنترل درآورند (۱). علیرغم تاکید مطالعات ذکر شده بالا در مورد همبستگی مثبت عوامل فوق، مطالعات دیگر نتایج متناقضی را نشان داده اند، بعنوان مثال نتایج مطالعه‌ای نشان داد بین حمایت اجتماعی با تبعیت از محدودیت مصرف مایعات رابطه‌ای وجود ندارد (۷)، همچنین بین نشانگرهای بالینی و آزمایشگاهی (نشانگرهای عینی تبعیت از رژیم غذایی) با سایر متغیرها ارتباط معنی‌داری مشاهده نشده است (۸).

از آنجایی که یکی از اصلی‌ترین دغدغه‌های روانشناسی سلامت، پیروی بیمار از دستورات درمانی (تبعیت از رژیم غذایی) می‌باشد و این مسئله برای کارکنان بالینی که دنبال روش‌هایی برای ارتقاء آن در بیماران تحت همودیالیز هستند، از اهمیت بالایی برخوردار است (۹). لذا با توجه به اینکه بیماری نارسایی مزمن کلیه، یکی از بیماری‌های مزمن شایع و رو به افزایش است که پیروی از توصیه‌های پزشکی، مبتنی بر رعایت رژیم غذایی و کنترل عوامل خطرناک نقش مهمی در پیشگیری از وخامت بیماری، اختلالات توام و همچنین ارتقای سلامت بیمار دارد و از آنجائیکه در این زمینه مطالعات زیادی در ایران و نیز در استان مازندران صورت نگرفته است، مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط حمایت اجتماعی درک شده و خودکارآمدی با تبعیت از رژیم غذایی در بیماران تحت درمان با همودیالیز طراحی و انجام گردید که نتایج آن می‌تواند برای دست اندرکاران بهداشت و درمان بخصوص پرستاران مورد استفاده قرار بگیرد تا آنها با شناخت عوامل موثر بر تبعیت از رژیم غذایی و تقویت عوامل فوق، به بیماران کمک بیشتری نمایند.

### روش کار:

این مطالعه یک مطالعه مقطعی از نوع توصیفی-تحلیلی است. جامعه پژوهش، بیماران تحت درمان با همودیالیز در مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی مازندران (مراکز آموزشی درمانی امام خمینی (ره) و فاطمه زهرا (س) ساری و رازی قائمشهر) بودند. بر اساس مطالعات قبلی و با

به ۶۵۱۰۰۰ نفر در سال ۲۰۱۰ رسیده است (۴). بر اساس آمار سال ۱۳۸۷، تعداد ۱۶۶۰۰ بیمار همودیالیزی در ۳۵۵ واحد همودیالیز کشور تحت همودیالیز بودند. آمارهای وزارت بهداشت بیانگر رشد ۲۰ درصدی سالیانه این بیماران در کشور است (۱).

علی‌رغم اینکه همودیالیز سبب بهبود سلامتی و افزایش بقای بیماران می‌شود ولی سیر بیماری را تغییر نداده و بطور کامل جانشین عملکرد کلیه‌ها نمی‌شود (۵). حفظ سلامتی بیماران مبتلا به مرحله‌انتهایی نارسایی مزمن کلیه بستگی به چهار جنبه درمانی دارد که شامل: محدودیت مصرف مایعات، محدودیت‌های تغذیه‌ای (کم نمک، کم پتاسیم، کم فسفر و...)، مصرف داروهای توصیه شده و شرکت منظم در جلسات دیالیز می‌باشد که می‌توان مجموعه این‌ها را رفتارهای تبعیت از درمان در بیماران همودیالیز دانست (۱). تبعیت از رژیم غذایی توأم با دیالیز یکی از ارکان اساسی درمان نارسایی کلیه محسوب می‌شود (۵). کوتاهی بیماران در تبعیت از درمان‌های توصیه شده (محدودیت رژیم غذایی)، یکی از مهمترین دغدغه‌های تیم سلامت می‌باشد. همچنین تبعیت از رژیم مایعات بیشترین مشکل و عامل استرس‌زا در بیماران همودیالیزی می‌باشد (۵). توانایی تطبیق با تبعیت از رژیم غذایی برای بسیاری از بیماران مشکل بوده و انحراف از آن به پیامدهای خطرناکی منجر می‌شود. علیرغم اهمیت بالای آن، تعداد زیادی از بیماران همودیالیزی از رژیم‌های غذایی توصیه شده تبعیت نمی‌کنند که به عواقب آن (کاهش کیفیت زندگی، افزایش ناخوشی‌ها و مرگ و میر) دچار می‌شوند، از طرف دیگر هزینه‌های اضافی نیز بر خدمات مراقبت بهداشتی کشور تحمیل می‌گردد (۶). مطالعات متعدد ارتباط عوامل مختلفی را با عدم تبعیت از رژیم غذایی در این بیماران نشان داده‌اند که عوامل روانی-اجتماعی از جمله این عوامل می‌باشند (۱،۳).

حمایت اجتماعی بنا به تعریف، به احساس تعلق داشتن، پذیرفته شدن و مورد علاقه بودن و مورد عشق و محبت قرار گرفتن اطلاق می‌شود. علیرغم تأثیر مثبتی که محققین در مورد حمایت اجتماعی ذکر کرده‌اند، توجه به درک بیمار نیز در این زمینه دارای اهمیت است. به عبارت دیگر درک و نگرش بیماران نسبت به حمایت دریافت شده مهمتر از میزان حمایت ارائه شده به بیمار می‌باشد (۱).

سنجش میزان خودکارآمدی بیماران به کار گرفته شد در سال ۱۹۹۶ توسط *Lew* و *Owen* جهت بررسی خودکارآمدی در زمینه‌ی مراقبت از خود ساخته شد. این پرسشنامه شامل ۲۹ سؤال ۵ گزینه‌ای می‌باشد که شامل ۵ سؤال در حیطه‌ی سازگاری، ۷ سؤال در حیطه‌ی کاهش استرس، ۳ سؤال در حیطه‌ی تصمیم‌گیری و ۱۴ سؤال در حیطه‌ی نگرش مثبت می‌باشد. دامنه نمرات حاصل از این مقیاس ۲۹ تا ۱۴۵ می‌باشد. محدوده‌ی امتیاز کسب شده با توجه به تعیین میانگین و انحراف معیار خودکارآمدی، نمونه‌های دارای امتیاز بیش از ۹۰ دارای خودکارآمدی بالا، نمونه‌های دارای امتیاز ۶۷-۹۰ دارای خودکارآمدی متوسط و نمونه‌های دارای امتیاز کمتر از ۶۷ دارای خودکارآمدی پایین در نظر گرفته شدند. اعتبار علمی این ابزار با روش همسانی درونی ۰/۹۳ و اعتبار علمی آن با تحلیل عاملی ۰/۸۱ گزارش شده است (۱). روایی و پایایی این ابزار در ایران توسط اسماعیلی (۱۳۸۴) در بیماران همودیالیز مورد بررسی قرار گرفت که روایی محتوای این ابزار توسط پانل متخصصان و پایایی ابزار توسط بازآزمایی معادل ۰/۸۶ بدست آمد (۱۲). در مطالعه حاضر ضریب پایایی پرسشنامه راهبردهای ارتقاء سلامتی بررسی شد که ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۵ محاسبه گردید.

برای بررسی تبعیت از رژیم غذایی در این بیماران از دو روش ذهنی و عینی استفاده شد. در روش ذهنی از پرسشنامه خود گزارش دهی رفتار پیروی در بیماران کلیوی (*RABQ*) و در روش عینی از معیارهای آزمایشگاهی و افزایش وزن بین دو جلسه دیالیز برای تبعیت از رژیم غذایی استفاده شد.

پرسشنامه رفتار پیروی در بیماران کلیوی دارای ۲۵ ماده است که توسط *Rushe* و *McGee* (۱۹۹۸) برای سنجش خود گزارشی پیروی از رژیم غذایی در بیماران همودیالیزی طراحی شد. این پرسشنامه دارای ۵ خرده مقیاس است که عبارتند از: پیروی از محدودیت مصرف مایعات، پیروی از محدودیت مصرف پتاسیم و فسفر، خود مراقبتی، پیروی در موقعیت‌های ویژه و پیروی از محدودیت مصرف سدیم (۹). دامنه نمرات حاصل از این مقیاس ۲۵ تا ۱۲۵ می‌باشد. *Rushe* و *McGee* (۱۹۹۸)، ضرایب بازآزمایی ۰/۹۱ را برای پرسشنامه رفتار پیروی در بیماران کلیوی گزارش کرده‌اند (۹). در پژوهشی که توسط

توجه به تعداد بیماران تحت همودیالیز در مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی مازندران، نمونه‌گیری به صورت سرشماری انجام شد و از بین ۲۸۸ بیمار تحت همودیالیز، ۸۵ بیمار به دلیل نداشتن معیارهای ورود و یا عدم تمایل به شرکت در تحقیق، از مطالعه خارج شدند و در نهایت ۲۰۳ بیمار وارد مطالعه شدند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن سابقه حداقل ۳ ماه همودیالیز، ۳ تا ۴ ساعت دیالیز در هر جلسه و بیش از دو بار در هفته، سن بالای ۱۸ سال، مستقل در انجام فعالیت‌های خودمراقبتی، رضایت به شرکت در مطالعه و توانایی فهم سؤالات یا داشتن سواد خواندن و نوشتن بودند. معیارهای خروج از مطالعه وجود اختلال ذهنی یا شناختی و عدم رضایت به شرکت در مطالعه بودند، در مورد بیماران فاقد توانایی خواندن و نوشتن، پرسشنامه توسط خود محقق با پرسش از بیماران و ثبت جواب‌ها تکمیل می‌گردید.

داده‌ها بوسیله پرسشنامه‌های اطلاعات شخصی، مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی ادراک شده (*MSPSS*) و پرسشنامه استراتژی‌های ارتقاء سلامتی (*SUPPH*) جمع‌آوری شد. برای سنجش میزان تبعیت بیماران همودیالیزی از رژیم غذایی نیز از دو روش ذهنی و عینی استفاده شد. مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی ادراک شده در سال ۱۹۸۸ توسط *Zimet* و همکاران ساخته شد (۹)، که دارای ۱۲ عبارت می‌باشد که حمایت اجتماعی دریافت شده افراد را از سه منبع خانواده (۴ عبارت)، دوستان (۴ عبارت) و افراد مهم زندگی (۴ عبارت) می‌سنجد. دامنه نمرات حاصل از این مقیاس، ۱۲ تا ۸۴ می‌باشد. نمونه‌های دارای امتیاز بین ۱۲ تا ۳۵ بیانگر حمایت اجتماعی درک شده پایین، نمونه‌های دارای امتیاز بین ۳۶ تا ۵۹ نشاندهنده حمایت اجتماعی درک شده متوسط و نمونه‌های که امتیاز آنها بین ۶۰ تا ۸۴ باشد را دارای حمایت اجتماعی درک شده بالا در نظر گرفته شدند. آلفای کرونباخ کل مقیاس و نیز خرده مقیاس‌ها از ۰/۸۵ تا ۰/۹۱ و پایایی آن از طریق باز آزمایی از ۰/۷۲ تا ۰/۸۵ گزارش شده است (۱۰)، در نسخه ی فارسی آلفای کرونباخ آن در یک نمونه ۱۷۶ نفری ۰/۸۳ بدست آمد (۱۱). برای بررسی پایایی مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی ادراک شده در این مطالعه، ضریب آلفای کرونباخ محاسبه گردید که ۰/۸۹ بود.

پرسش نامه راهبردهای ارتقای سلامتی که برای

جهت بررسی ارتباط بین متغیرهای کیفی از آزمون مجذور مربعات و برای داده‌های کمی از همبستگی پیرسون استفاده گردید، همچنین برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار *SPSS* نسخه ۱۸ استفاده گردید.

#### یافته‌ها:

تعداد بیماران شرکت کننده در این مطالعه ۲۰۳ نفر بودند که میانگین سنی آنها  $57/92 \pm 15/42$  سال بود. داده‌های یافته‌ها نشان داد که اکثر آنها مرد (۵۲/۷ درصد) و متأهل (۸۸/۷ درصد) بودند. از لحاظ تحصیلات بیشتر افراد تحصیلات ابتدایی (۳۳ درصد) داشتند. اکثر افراد مورد مطالعه بیکار و خانه دار (۵۹/۸ درصد) بوده و ۸۵/۲ درصد از آنها سیگار مصرف نمی‌کردند و همچنین ۷۶/۴ درصد از بیماران کمتر از ۵ سال تحت همودیالیز بودند (جدول ۱).

یافته‌ها نشان داد که اکثر افراد مورد مطالعه حمایت اجتماعی درک شده در سطح بالایی داشتند (۹۱/۱ درصد) و همچنین از خودکارآمدی متوسطی برخوردار بودند (۵۵/۲ درصد). همچنین داده‌ها نشان داد که در روش ذهنی ۹۲/۶ درصد از بیماران از رژیم غذایی تبعیت می‌کردند ولی در روش عینی ۷۲/۴ درصد از بیماران از رژیم کم پتاسیم، ۷۴/۲ درصد از رژیم کم فسفر و ۶۵ درصد از رژیم مایعات پیروی می‌کردند (جدول ۲).

داودی و همکاران (۱۳۹۰) صورت گرفت روایی و پایایی قابل قبولی برای پرسشنامه فوق گزارش گردید (۱۳). در مطالعه حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ این ابزار توسط آزمون مجدد، ۰/۸۴ محاسبه گردید.

در روش عینی میزان پتاسیم و فسفر و افزایش وزن بین دو جلسه دیالیز به عنوان شاخص‌های تبعیت بیماران از رژیم غذایی مورد استفاده قرار گرفت. با توجه به مطالعات قبلی میزان میانگین پتاسیم و فسفر در طول سه ماهه گذشته و همچنین میانگین افزایش وزن بین دو جلسه دیالیز در طول یک ماه گذشته قبل از پر کردن پرسشنامه توسط بیمار، از روی پرونده بیمار ثبت شد. در صورتیکه میزان میانگین آنها از مقادیر طبیعی بیشتر بود به عنوان عدم تبعیت بیمار از رژیم مورد نظر در نظر گرفته شد. بر اساس مطالعات قبلی سطح پتاسیم سرمی بالای  $6 \text{ mEq/l}$  گویای عدم رعایت رژیم غذایی کم پتاسیم و سطح فسفر بالای  $7 \text{ mg/dl}$  نشانگر عدم پیروی از رژیم غذایی کم فسفر در نظر گرفته شد. بعلاوه وجود اختلاف وزن بین دو جلسه دیالیز متوالی در صورتیکه بیشتر از ۵/۷ درصد از وزن خشک بیمار بود به معنی آن بود که بیمار محدودیت در دریافت مایعات را دنبال نمی‌کند. بر این اساس بیماران در دو گروهی که از رژیم کم پتاسیم، کم فسفر و محدودیت مصرف مایعات تبعیت دارند/ندارند قرار گرفتند (۷،۸).

جدول ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد پژوهش براساس مشخصات فردی

متغیر	تعداد	درصد
جنس	مرد	۱۰۷
	زن	۹۶
وضعیت تاهل	مجرد	۲۰
	متاهل	۱۸۰
	مطلقه	۳
	بیکار	۱۰۳
شغل	بازنشسته	۴۲
	آزاد	۴۲
	کارمند	۱۶
تحصیلات	بیسواد	۶۱
	ابتدایی	۶۷
	سیکل	۳۶
	دیپلم	۲۸
	دانشگاهی	۱۱
مصرف سیگار	دارد	۳۰
	ندارد	۱۷۳
	کمتر یا مساوی ۵ سال	۱۵۵
مدت همودیالیز	کمتر یا مساوی ۵ سال	۱۵۵
	بالای ۵ سال	۴۸

شده با میزان فسفر ( $r=۰.۵۹$ ،  $p=۰.۰۲۳$ ) و پتاسیم ( $r=۰.۶۶$ ) خودکارآمدی با اضافه وزن بین دو جلسه دیالیز ( $p=۰.۰۰۷$ ) (جدول ۳) و بین حمایت اجتماعی درک شده با خودکارآمدی ارتباط معنی داری وجود داشت ( $p=۰.۰۰۲$ ) اما بین تبعیت از رژیم غذایی به روش عینی و ذهنی ارتباط معنی داری مشاهده نگردید ( $p=۰.۰۹۹$ ) از طرفی بین سن با اضافه وزن بین دو جلسه دیالیز ارتباط معنی داری مشاهده ( $p=۰.۰۴۸$ ) و مشخص شد که افراد جوانتر تبعیت کمتری از محدودیت مصرف مایعات دارند.

یافته‌ها حاکی از آن بود که بین نمره کل حمایت اجتماعی درک شده با تبعیت از رژیم غذایی در روش ذهنی ارتباط معنی داری وجود دارد ( $r=۰.۱۷$ ،  $p=۰.۰۰۱$ )، بدین صورت که افراد با حمایت اجتماعی درک شده بالاتر تبعیت بیشتری از رژیم غذایی داشتند. همچنین بین خودکارآمدی با تبعیت از رژیم غذایی به روش ذهنی ارتباط معنی داری مشاهده شد ( $r=۰.۲$ ،  $p=۰.۰۰۳$ ) و مشخص گردید بیمارانی که از خودکارآمدی بالاتری برخوردار بودند به میزان بیشتری از رژیم غذایی پیروی می‌کردند. در بررسی ارتباط بین حمایت اجتماعی درک شده و خودکارآمدی با تبعیت از رژیم غذایی به روش عینی، یافته‌ها نشان داد که بین حمایت اجتماعی درک

جدول ۲: میانگین، انحراف معیار و دامنه تغییرات حمایت اجتماعی درک شده و خودکارآمدی و تبعیت از رژیم غذایی (ذهنی و عینی) در واحد های مورد پژوهش

متغیر	میانگین و انحراف معیار	دامنه تغییرات
حمایت اجتماعی درک شده	۶۸/۲±۷/۵۶	۲۹-۸۴
خودکارآمدی	۸۲/۳۷±۱۵/۶۹	۴۳-۱۳۲
تبعیت از رژیم غذایی (ذهنی)	۸۴/۹۷±۷/۴۸	۵۵-۱۱۶
پتاسیم (meq/l)	۵/۲±۰/۱۸۶	۳/۲-۷/۳
تبعیت از رژیم غذایی (عینی)	۵/۵۸±۰/۳۹	۲/۴-۹/۷
فسفر (mg/ds)	۲/۶۹±۰/۶۶	۰/۵-۴/۵
اضافه وزن بین دو جلسه دیالیز (kg)		

جدول ۳: ارتباط حمایت اجتماعی درک شده و خودکارآمدی با تبعیت از رژیم غذایی (ذهنی و عینی) در واحدهای پژوهش

تبعیت از رژیم غذایی (ذهنی)		پتاسیم		فسفر		اضافه وزن بین دو جلسه دیالیز	
<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
۰/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۶۶	۰/۰۴۳	۰/۵۹	۰/۰۲۳	۰/۷۶	۰/۹۱۸
۰/۲۱	۰/۰۰۳	-۰/۷۸	۰/۳۱۷	-۰/۴۶	۰/۱۸۴	-۰/۶	۰/۰۰۴

## بحث:

خلیلی و همکاران (۱) و *Suwalieh* (۲۲) همخوانی دارد، ولی با مطالعات چراغی و همکاران (۱۴)، *Hoe* و همکاران (۱۵) و احراری و همکاران (۱۶) که میزان حمایت اجتماعی درک شده را کمتر از حد متوسط گزارش کردند همخوانی ندارد، که می‌توان این مسئله را به متاهل بودن اکثر بیماران در پژوهش حاضر نسبت داد، چون اعتقاد بر

هدف از انجام مطالعه حاضر، بررسی ارتباط حمایت اجتماعی درک شده و خودکارآمدی با تبعیت از رژیم غذایی در بیماران تحت همودیالیز بود. نتایج نشان داد که اکثر بیماران تحت مطالعه، حمایت اجتماعی درک شده در سطح بالا داشتند که با مطالعه رامبد و همکاران (۱۳)،

همخوانی ندارد (۱۷، ۱۳، ۸، ۱). یکی از دلایل بالاتر بودن میزان پیروی از رژیم کم پتاسیم در مطالعات دیگر می‌تواند مربوط به عوارض بسیار خطرناک آن باشد، چرا که افزایش سطح پتاسیم می‌تواند منجر به ایست قلبی و مرگ بیمار شود، در حالیکه تاثیرات سوء افزایش سطح فسفر سرم به مرور زمان بر بیمار آشکار می‌گردد و از طرف دیگر به اندازه افزایش سطح پتاسیم مضر نمی‌باشد. نتایج این مطالعه نشان داد که ۶۵ درصد از بیماران محدودیت در رژیم مایعات را رعایت می‌کنند، که با مطالعه *Schneider* و همکاران همخوانی دارد (۲۳). در مطالعاتی که توسط *Kara* و همکاران، *Kugler* و همکاران و *Valmink* و همکاران انجام شد نشان داده شد که اکثر بیماران از رژیم مربوطه تبعیت نمی‌کردند که با مطالعه حاضر همخوانی ندارد (۲۳، ۲۰، ۷). همچنین *Lee* و *Molassiotis* و رامبد و همکاران میزان عدم پیروی را در بیماران خود به ترتیب ۵۹۰۷ و ۵۶ درصد گزارش نمودند (۸، ۱۳).

میزان اضافه وزن بین دو جلسه دیالیز تحت تاثیر متغیرهای زیادی قرار دارد که شامل حجم ادرار باقیمانده، مدت زمان دیالیز، فاصله بین دو جلسه دیالیز می‌باشد. همچنین در مطالعات مختلف نقطه برش برای طبقه‌بندی بیماران به دو گروه (تبعیت و عدم تبعیت) متفاوت است. یافته‌های این مطالعه نشان داد که حمایت اجتماعی درک شده فاکتور مهمی در تبعیت بیماران از رژیم غذایی می‌باشد. بیمارانی که از سطح حمایت اجتماعی درک شده بالاتری برخوردار بودند، تبعیت بیشتری از رژیم غذایی در روش ذهنی داشتند و از سطح پتاسیم و فسفر سرمی کمتری برخوردار بودند که با مطالعات دیگر همخوانی دارد (۲۳، ۲۱، ۲۰، ۱). مکانیسم اثرگذاری حمایت اجتماعی بر پایبندی به توصیه های پزشک بسیار پیچیده است. مطابق با نظریه کنترل اجتماعی، روابط اجتماعی می‌تواند به تنظیم رفتار اجتماعی و از جمله رفتار مرتبط با سلامت و بویژه پایبندی به توصیه های پزشکی کمک کند. کنترل اجتماعی می‌تواند عملکرد مستقیم یا غیر مستقیم داشته باشد. پژوهش‌ها در قالب این نظریه نشان داده‌اند که افرادی که سطوح بالایی از حمایت اجتماعی رادریافت کنند، در مقایسه با افرادی که حمایت اجتماعی پایین دریافت می‌کنند، دارای رفتار سلامتی مناسب‌تری هستند و به رفتارهای سلامتی مطلوب بیشتر عمل می‌کنند (۲۲).

این است که اولین منبع حمایتی همسر می‌باشد، حضور همسر به عنوان فردی که احساس همبستگی و تعلق فرد به دیگران را افزایش می‌دهد، می‌تواند روی سلامت و عملکرد فرد، کیفیت حمایت اجتماعی و درک آن تاثیر بگذارد. همچنین یافته‌های این تحقیق نشان داد، اکثر بیماران مورد مطالعه دارای خودکارآمدی متوسط بودند که با نتایج مطالعات خلیلی و همکاران (۱)، اسماعیلی و همکاران (۱۲) و *Healstead* و *Tsay* (۱) یکسان بود. در مطالعه حاضر از دو روش جهت بررسی تبعیت بیماران از رژیم غذایی استفاده شد که در روش ذهنی اکثر بیماران از رژیم غذایی تبعیت می‌کردند که با مطالعه احراری و همکاران (۱۶)، خلیلی و همکاران (۱)، *Kugler* و همکاران (۷) و *Kim* و *Evangelista* (۶) که تبعیت بیماران را در حد متوسط گزارش کردند همخوانی ندارد که احتمالاً به دلیل استفاده از ابزارهای متفاوت در بررسی تبعیت بیماران از رژیم غذایی به روش ذهنی می‌باشد، اما با مطالعه داودی و همکاران (۹) و *Lee* و *Molassiotis* (۱۳) همسو می‌باشد.

در بررسی تبعیت بیماران به روش عینی، در این مطالعه سطح پتاسیم اکثر بیماران (۷۲/۴ درصد) در محدوده مورد انتظار بود که نشان دهنده تبعیت اکثر بیماران از رژیم غذایی کم پتاسیم بود. سایر مطالعات نیز میزان تبعیت از رژیم کم پتاسیم را ۶۰ تا ۹۶ درصد گزارش کردند (۱۷، ۱). همچنین ۷۴/۲ درصد از بیماران دارای محدوده مورد انتظار سطح فسفر بودند که با نتایج حاصل از سایر مطالعات که آن را حدود ۴۳ تا ۸۱ درصد گزارش نمودند همخوانی دارد (۱۷، ۱۳، ۱). در مطالعه‌ای که *Lee* و *Molassiotis* انجام دادند (۱۳)، میزان پیروی بیماران از رژیم حاوی فسفر را ۴۳/۵ درصد مطرح کردند که با نتایج مطالعه حاضر یکسان نیست. افزایش سطح فسفر سرم گویای این نکته است که بیماران علاوه بر عدم پیروی از رژیم غذایی ممکن است از رژیم دارویی نیز پیروی نکرده باشند (۱۹، ۱۸) و با توجه به اینکه اکثر بیماران دارای سطح فسفر در محدوده طبیعی بودند نشان دهنده این است که علاوه بر تبعیت از رژیم غذایی حاوی فسفر از رژیم دارویی موردنظر نیز پیروی کرده‌اند. در این مطالعه میزان پیروی از رژیم مرتبط با پتاسیم، ۷۲/۴ درصد و فسفات، ۷۴۰/۲ درصد بود که با سایر مطالعات که پیروی از رژیم کم پتاسیم را بیشتر گزارش کردند،

**منابع:**

1. Khalili F, Eslami AA, Farajzadegan Z, Hassanzadeh A. [The association between social-psychological factors and treatment adherence behaviors among maintenance hemodialysis patients in Isfahan, Iran: A conceptual framework based on social cognitive theory]. *Journal of Health System Research* 2011; 7(3): 278-290. (persian)
2. Bonner A, Wellard S, Caltabiano M. Levels of fatigue in people with ESRD living in far North Queensland. *Journal of Clinical Nursing* 2008; 17(4): 90-98.
3. Heidarzadeh M, Atashpeikar S, Jalilazar T. [Relationship between quality of life and self care ability in patients receiving hemodialysis]. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* 2010; 15(2):66-71. (persian)
4. Cinar S, Barlas G, Alpar SE. Stressors and coping strategies in hemodialysis patients. *Pak J Med Sci* 2009; 25 (3):447-452
5. 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]. *Ofoogh-e-Danesh; Journal of Gonabad University of Medical Sciences* 2011; 11(4): 34-43. (persian)
6. Kim Y, Evangelista L.S. Relationship between illness perception, treatment adherence, and clinical outcomes in patients on maintenance hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal* 2010; 37(3):271-281.
7. Kugler C, Vlaminck H, Haverich A, Maes B. Nonadherence with diet and fluid restrictions among adults having hemodialysis. *J Nurs Scholarsh* 2005; 37(1): 9-25.
8. Rambod M, Peyrovi H, Sareban MT, Rafii F. [Relationship of Self-Efficacy with Therapeutic Regimen and Clinical/Laboratory Outcomes in Hemodialysis Patient]. *Iran Journal of Nursing* 2010; 22(62): 41-47.
9. Davoudi I, Honarmand MM, Shirvanian E, Sararodi RB. [Investigating psychological variables as predictors of adherence of treatment and health related quality of life in hemodialysis patients]. *J Mazand Univ Med Sci.* 2012; 22(1): 296-308. (Persian)

همچنین بین خودکارآمدی با تبعیت از رژیم درمانی به روش ذهنی و اضافه وزن بین دو جلسه همودیالیز ارتباط وجود داشت که با مطالعات خلیلی و همکاران، رامبد و همکاران، *Takaki* و همکاران، *Zriny* و همکاران و *Brady* و همکاران هم جهت می‌باشد (۱،۸). افرادی که از میزان اطمینان بیشتری در انجام کارها برخوردارند، دارای سطح سلامت بالاتری بوده، اما بیمارانی که توانایی سازگاری با بیماری خود را ندارند، با عواقبی از جمله کاهش پیروی از رژیم درمانی مواجهه می‌شوند (۸). بین میزان پتاسیم و فسفر با مشخصات دموگرافیک بیماران ارتباطی مشاهده نشد، همچنین در روش ذهنی بیماران تبعیت بیشتری از رژیم غذایی داشتند که با مطالعه *Lee* و *Molassiotis* همخوانی دارد (۱۳).

**نتیجه نهایی:**

یافته‌های این پژوهش نشان داد که اکثر بیماران مورد بررسی به صورت ذهنی و عینی از رژیم غذایی تبعیت می‌کردند و ارتباط معنی داری بین حمایت اجتماعی درک شده و خودکارآمدی با میزان پیروی آنها وجود داشت، بنابراین با ارتقاء حمایت اجتماعی درک شده و خودکارآمدی در بیماران مبتلا به نارسایی کلیه، می‌توان پیروی از رژیم درمانی در آنها را افزایش داد.

در این مطالعه میزان پیروی بیماران از رژیم غذایی در یک مقطع زمانی بررسی شده است، پیشنهاد می‌شود در مطالعات دیگر برای بررسی تاثیر گذر زمان در میزان پیروی بیماران از رژیم غذایی، ارزیابی در مقاطع زمانی مختلف، انجام شود. همچنین با توجه به اینکه در این مطالعه حمایت اجتماعی و خودکارآمدی به عنوان عوامل موثر بر تبعیت از رژیم غذایی مورد بررسی قرار گرفتند، لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی سایر عوامل روانی-اجتماعی احتمالی مورد ارزیابی قرار گیرند.

**سپاسگزاری:**

این مقاله منتج از پایان نامه دوره کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت ویژه با کد ثبت ۹۱-۲۹۰ تاریخ ۱۳۹۱/۱۲/۲۶ می‌باشد که با حمایت مالی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مازندران انجام شده است. نویسندگان مراتب تقدیر و تشکر خود را از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مازندران، بیماران همودیالیزی شرکت کننده در مطالعه و مسئولین دانشکده پرستاری و مامایی نسبیبه ساری اعلام می‌دارند.

10. Bruwer B, Emsley R, Kidd M, Lochner C, Seedat S. Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in youth. *Compr Psychiatry* 2008; 49(2): 195-201.
11. Nasr Isfahani SH, Seraj M. [The survey of stressor factors and perceived social support in patients with ulcerative colitis In comparison with control group in Noor and Alzahra Hospitals] [PhD Thesis]. Isfahan: School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences; 2010.(persian)
12. Esmaeli M, Alikhani M, Gholamaragi M, Hosseini F. [The Quality of life And Self efficacy of The Patients Under Hemodialysis]. *Iran Journal of Nursing* 2005; 18(41-42): 77-84. (persian)
13. Rambod M, Rafii F. [Relationship between perceived social support and quality of life in hemodialysis patients]. *Iran Journal of Nursing* 2008; 3(10): 87-97. (persian)
14. Cheraghi MA, DavariDolatabadi E, Salavati M, Moghimbeigi A. [Association between Perceived Social Support and Quality of Life in Patients with heart failure]. *Iran Journal of Nursing (IJN)* 2012; 25(75): 21-31.(persian)
15. Heo S, Lennie TA, Okoli C, Moser DK. Quality of life in patients with heart failure: ask patients. *Heart Lung*. 2009; 38(2):100-108.
16. Ahrari SH, Karimi H, Heidari A. [The relationship between social support and adherence to dietary restrictions and fluid in hemodialysis patients]. *Proceedings of the 10th Conference of the National Research Committee; 2009 Jun 4-6; Tehran, Iran; 2009.*
17. Durose OC, Holdsworth M, Watson V, Przygodzka F. Knowledge of Dietary Restrictions and the Medical Consequences of Non-compliance by Patients on Hemodialysis Are Not Predictive of Dietary Compliance. *J Am Diet Assoc* 2004; 104: 35-41.
18. Hain D. Cognitive function and adherence of older adults undergoing hemodialysis. *Nephrol Nurs J* 2008; 35(1): 23-9.
19. Unruh ML, Hartunian MG, Chapman MM, Jaber BL. Sleep quality and clinical correlate patients on maintenance dialysis. *Clin Nephrol* 2002; 59(4): 280-288.
20. Kara B, Caglar K, Kilic S. Nonadherence with diet and fluid restrictions and perceiving hemodialysis. *Journal of Nursing Scholarship* 2007; 39(3): 243-248.
21. RezaieKargar F, Karbandi S. [Social support and diet compliance in type II diabetic patients]. *Iran Journal of Nursing* 2004; 17(37): 6-12. (persian)
22. Masoudnia E, Foroozannia KH, Montazeri M. [Relationship between perceived social support and adherence to medical advices among patients with coronary heart disease after by-pass surgery]. *J ShahidSadoughi Univ Med Sci*. 2011; 19(6): 798-806.(persian)
23. Rambod M, Peyrovi H, Sareban M, Mohebbi-Nubandeghani Z. Dietary and Fluid Adherence in Hemodialysis Patients. *Iran Journal of Nursing* 2010;23(67):16-21.

## Original Article

### ***The relationship between perceived social support and self-efficacy with diet adherence among hemodialysis patient***

**R. Esmaeili, ph.D.<sup>1</sup>; H.R. Ahmadi, MS.c.<sup>2\*</sup> ; Y. Jannati, ph.D.<sup>3</sup>; A.R. Khalilian, ph.D.<sup>4</sup>; F. Espahbodi, Ph.D.<sup>5</sup>**

*1-Assistant Professor, Department of Medical- Surgical Nursing, Sari Nursing & Midwifery School, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.*

*2-MS.c. in Critical Care Nursing, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.*

*3-Assistant Professor, Department of Psychiatric Nursing, Sari Nursing & Midwifery School, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.*

*4-Professor, Department of Biostatistics, Sari Medical college, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.*

*5-Assistant Professor, Department of Nephrology, Sari Medical college, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.*

*Received: 23.7.2013*

*Accepted: 7.9.2013*

#### **Abstract**

***Background:*** Adherences to diet is essential for the treatment of hemodialysis patients. Nonadherence to treatment is directly associated with worse clinical outcomes. This study was designed to determine the association between Adherences to diet with perceived social support and self-efficacy among hemodialysis patients.

***Methods:*** In this cross-sectional study, 203 hemodialysis patients were selected by census sampling. Data were gathered by demographic questionnaire, multidimensional scale of perceived social support (MSPSS), strategies used by patients to promote health (SUPPH) questionnaire, and the renal adherence behavior questionnaire (RABQ). The data were analyzed using descriptive and correlation statistics.

***Result:*** Our findings showed that there was significant relationship between perceived social support and self-efficacy with adherence to diet ( $p=0.001$ ). In addition, a relationship was found between perceived social support with serum phosphate and potassium levels ( $p=0.023$ ,  $p=0.043$ ), moreover, there was a correlation between self-efficacy and between dialysis weight gain ( $p=0.004$ ).

***Conclusion:*** The findings indicated that patients with greater perceived social support and self-efficacy had higher levels of adherences to diet. Based on these findings, to enhance adherence with therapeutics regimen it is necessary increasing the perceived social support and self-efficacy in patients with renal failure.

***Keywords:*** Adherence / Hemodialysis / Perceived social support/ Self-efficacy

---

*\*corresponding Author: H.R. Ahmadi; MS.c. in Critical Care Nursing, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.  
Email:hamiddaran@yahoo.com*