

بررسی ارتباط بین خودکارآمدی و تبعیت از رژیم غذایی در بیماران تحت همودیالیز

سحر کاظمی^۱، علیرضا دیدارلو^۲، حمیدرضا خلخالی^۳، آرام فیضی^{۴*}

تاریخ دریافت ۱۳۹۶/۰۷/۲۰ تاریخ پذیرش ۱۳۹۶/۱۰/۰۳

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: تبعیت از رژیم غذایی، محدودیت مایعات و درمان‌های دارویی در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی که تحت همودیالیز قرار دارند امری ضروری می‌باشد. این مطالعه باهدف بررسی ارتباط بین خودکارآمدی و تبعیت از رژیم غذایی در این بیماران صورت گرفته است.

مواد و روش کار: مطالعه مورد-شاهدی که بر روی ۳۱۰ بیمار تحت درمان با همودیالیز مراجعه‌کننده به مراکز آموزشی درمانی طالقانی ارومیه انجام گرفت. بیماران به‌صورت تمام شماری و بر اساس متوسط نتایج پارامترهای آزمایشگاهی به دو گروه تبعیت‌کننده از محدودیت‌های رژیم غذایی و گروهی که از محدودیت‌های رژیم غذایی خود تبعیت نمی‌کردند، تقسیم شدند. خودکارآمدی بیماران دو گروه با استفاده از یک ابزار روا و پایای محقق ساخته اندازه‌گیری شده و مورد مقایسه قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج حاصل از مقایسه داده‌های جمعیت شناختی (سن، جنس و...) نشان داد که بین دو گروه تفاوت معنی‌دار آماری وجود ندارد. نتایج حاصل از مقایسه میانگین نمرات خودکارآمدی در گروه تبعیت‌کننده از رژیم غذایی (۴۱/۶۴±۶/۳۰) و گروهی که آر رژیم غذایی تبعیت نمی‌کردند، (۳۴/۰۸±۶/۸۳) نشان‌دهنده اختلاف معنی‌دار در بین دو گروه بود (P<0/05).

بحث و نتیجه‌گیری: گروه تبعیت‌کننده از رژیم غذایی در مقایسه با گروهی از رژیم غذایی تبعیت نمی‌کردند از خودکارآمدی بالاتری برخوردار بودند. لذا انجام اقداماتی در جهت ارتقا خودکارآمدی این بیماران احتمالاً با افزایش پذیرش رژیم غذایی و بهبود نتایج درمان همراه خواهد بود.

کلیدواژه‌ها: خودکارآمدی، تبعیت کردن، دیالیز

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره پانزدهم، شماره یازدهم، پی‌درپی ۱۰۰، بهمن ۱۳۹۶، ص ۸۴۲-۸۳۵

آدرس مکاتبه: ارومیه، کیلومتر ۱۱ جاده سرو، پردیس نازلو، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، تلفن: ۰۴۴-۳۲۷۵۴۹۱۶

Email: aramfeizi@yahoo.com

مقدمه

برآورد شده است، که سالانه حدود ۵-۶ درصد به این تعداد اضافه می‌شود. با توجه به گزارش کنسرسیون دیالیز ایران در پایان سال ۱۳۹۴ در ایران جمعیت بیماران مرحله‌ای آخر نارسایی کلیوی که تحت درمان با یکی از روش‌های جایگزین کلیه هستند در کشور ما به حدود ۵۳ هزار نفر رسیده است (۴). بیماری مرحله آخر کلیوی را می‌توان با درمان‌های جایگزین مانند همودیالیز^۷، دیالیز صفاقی^۸ و پیوند کلیه درمان کرد (۵). طبق آمار سال ۱۳۹۴، ۲۷۵۰۰ نفر به‌وسیله‌ی همودیالیز تحت درمان بوده‌اند که این میزان در

نارسایی مزمن کلیوی^۵ یک مشکل جهانی در حوزه‌ی سلامت عمومی است (۱). بیماری مرحله آخر نارسایی کلیوی^۶ به‌طور قابل‌ملاحظه‌ای خطر مرگ، بیماری‌های قلبی و عروقی و استفاده از مراقبت‌های بهداشت تخصصی را افزایش می‌دهد (۲، ۳). شیوع مرحله‌ی آخر نارسایی کلیه در جهان در پایان سال ۲۰۱۵، در کشورهای مختلف از کم‌تر از ۱۰۰ نفر تا بیش از ۲۰۰۰ نفر در یک‌میلیون از جمعیت متفاوت بوده و تعداد این بیماران ۳۵۲۳۰۰۰

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد، پرستاری داخلی جراحی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ایران

^۲ دانشیار آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ارومیه، ارومیه، ایران

^۳ دانشیار آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ارومیه، ارومیه، ایران

^۴ دانشیار پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

^۵ Chronic Renal Failure (CRF)

^۶ End Stage Renal Disease (ESRD)

^۷ Hemodialysis

^۸ Peritoneal dialysis

استان‌های مختلف کشور از ۱۸۹ نفر تا بیش از ۴۸۰ نفر در میلیون متفاوت بوده است (۴).

هدف اصلی از همودیالیز بازایی محیط مایع داخل و خارج سلولی است که از ویژگی‌های عملکرد کلیه‌ها می‌باشد (۶). این روش درمانی باعث بهبود سلامتی و افزایش بقای بیماران می‌شود ولی سیر بیماری را تغییر نداده و به‌طور کامل جانشین عملکرد کلیه‌ها نمی‌شود (۷). فرآیند همودیالیز باعث بهبود بیماران و طولانی شدن عمر آن‌ها می‌گردد، اما بدون رعایت رژیم غذایی، محدودیت مایعات و درمان دارویی مناسب، همودیالیز از کارایی بالایی برخوردار نیست (۸). عدم تبعیت از رژیم غذایی با مرگ‌ومیر در این بیماری در ارتباط است (۹). به‌طوری‌که عدم تبعیت از رژیم غذایی کم پتاسیم منجر به ضعف عضلانی، آریتمی، ایست قلبی و مرگ شده و افزایش سطح فسفات سرم منجر به هایپرپاراتیروئیدسم^۱، استئودیس‌تروفی کلیوی^۲ و افزایش بیماری‌های عروق کرونر می‌شود. همچنین عدم تبعیت از رژیم مایعات در این بیماران منجر به افزایش وزن بین دو جلسه دیالیز و بروز عوارضی از جمله گرفتگی عضلانی، کوتاهی نفس، سرگیجه، اضطراب، تورم ریه، نارسایی قلبی و افزایش شدید فشارخون شده و روند زندگی بیمار را تهدید می‌کند (۱۰، ۱۱). کاهش سطح آلبومین خون به شدت به میزان بستری شدن بیمار در بیمارستان مرتبط بوده و یک معیار تعیین‌کننده از میزان مرگ‌ومیر در این بیماران می‌باشد (۱۲). لذا بیماران برای ادامه زندگی نیازمند رژیم غذایی خاص می‌باشند که شامل محدودیت در مصرف مواد غذایی و مایعات است (۱۳). در مطالعه‌ی انجام شده توسط رامبد و همکاران (۱۳۸۹)، بیشتر بیماران تحت همودیالیز، رژیم مایعات را به نحو صحیح رعایت نمی‌کردند، همچنین ۵۶ درصد از آنان از محدودیت‌های رژیم غذایی تبعیت نمی‌کردند، ۲۵/۵ درصد از بیماران سطح فسفات سرم بالا، ۵/۵ درصد پتاسیم و ۴/۵ درصد نیترژن اوره خون بالا داشتند (۱۰). همچنین در مطالعه‌ی انجام‌شده توسط ذوالفقاری و همکاران (۱۳۹۲) بر روی بیماران تحت همودیالیز، علی‌رغم مداخله‌ی شناختی-رفتاری در بهبود تبعیت از رژیم غذایی و محدودیت مصرف مایعات، تنها ۱۷/۶ درصد از محدودیت رژیم غذایی و ۴۷/۱ درصد از محدودیت مصرف مایعات تبعیت کردند (۱۴). در مطالعه رامبد و همکاران برخورداری از خودکارآمدی با تأثیر بر رفتارها و عملکرد فرد سبب افزایش پیروی از رژیم‌درمانی و غذایی خواهد شد (۱۳).

بر اساس نظریه شناخت اجتماعی بندورا^۳ سازه خودکارآمدی^۴ 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 (۱۵، ۱۶). احساس خودکارآمدی می‌تواند تمام جنبه‌های زندگی فرد را تحت تأثیر قرار دهد (۱۷). خودکارآمدی پیش‌نیاز رفتار محسوب می‌شود، چراکه به‌عنوان بخش مستقلاً از مهارت‌های اساسی فرد عمل می‌نماید (۱۸). خودکارآمدی پایین می‌تواند سبب کاهش کارکرد شناختی و رفتاری در فرد شود (۱۷). در مطالعه صورت گرفته بر روی رابطه‌ی خودکارآمدی و پیروی از مایعات و رژیم غذایی در بیماران دیالیزی، درک درست از عوامل جسمی و روانی می‌تواند در پایبندی به رژیم غذایی و مایعات کمک‌کننده باشد و استراتژی به‌کارگیری خودکارآمدی می‌تواند در بهبود نگرش و افزایش انگیزه برای بهبود مشارکت مثبت در درمان خود مورداستفاده قرار گیرد (۱۶). و اینکه ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی باید در مورد نگرش، باورها و موانع مؤثر بر بیماران خود توجه داشته تا با همکاری بیمار اقدام به طراحی، طرح درمانی واقع‌بینانه که مناسب شرایط زندگی فردی بیمار و آنچه فرد باید و می‌تواند انجام دهد باشد، لذا در رابطه با نقش خودکارآمدی در تبعیت از رژیم غذایی بیماران دیالیزی، نیاز به بررسی‌های کامل‌تری در خصوص رفتارهای تغذیه-ای بیماران داریم، این مطالعه باهدف تعیین رابطه بین میزان خودکارآمدی با تبعیت یا عدم تبعیت از رژیم غذایی در بیماران تحت همودیالیز طراحی و اجرا شد.

مواد و روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه مورد-شاهدی است که در آن خودکارآمدی پایین به‌عنوان یک عامل خطر برای عدم تبعیت از رژیم غذایی در نظر گرفته شده است. در این پژوهش، کلیه بیماران تحت همودیالیز مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی درمانی طالقانی شهر ارومیه که دارای شرایط زیر بودند وارد مطالعه شدند: سن ۱۸-۸۵ سال، عدم ابتلا به بیماری‌های روانی، اختلالات شناختی، شنوایی و بینایی شناخته‌شده، عدم مصرف داروها و مواد روان‌گردان، حداقل ۳ ماه سابقه همودیالیز و توانایی ایستادن بر روی وزنه برای کنترل وزن بین دو جلسه. سپس این بیماران بر اساس متوسط نتایج پارامترهای آزمایشگاهی سدیم، پتاسیم، فسفر و آلبومین در ۳ ماه گذشته به دو گروه بیمارانی که از رژیم غذایی خود تبعیت کرده بودند (گروه شاهد) و بیمارانی که از رژیم غذایی خود تبعیت نکرده بودند (گروه مورد) تقسیم شدند. به‌طوری‌که بیمارانی که دارای میانگین پتاسیم و فسفر $3/5 - 5/5$ میلی‌اکی‌والان در لیتر، آلبومین

³ Bandura

⁴ Self_Efficacy

¹ Hyperparathyroidism

² Renal Osteodystrophy

بیماران مورد بررسی و مقایسه قرار گرفتند. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های تی (t) برای نمونه‌های مستقل و کای اسکویر و در محیط نرم‌افزار آماری SPSS ۲۳ انجام گرفت.

یافته‌ها

تعداد ۳۱۰ بیمار در این مطالعه شرکت داشتند. ۱۴۸ نفر در گروه تبعیت کننده و ۱۶۲ نفر در گروه عدم تبعیت کننده از رژیم غذایی، که میانگین سنی افراد حاضر در مطالعه در گروه تبعیت کننده از رژیم غذایی ۶۰/۶۲±۱۵/۸۱ سال و گروهی که از رژیم غذایی تبعیت نمی‌کردند، ۵۷/۶۹±۱۳/۳۳ سال بود. ۴۷/۷ درصد زن، ۷۰/۹ درصد متأهل، ۲۵/۱ درصد دارای تحصیلات ابتدایی، ۱۹/۳ درصد دارای تحصیلات دیپلم، ۴۱/۲ درصد دارای درآمد کم و تمامی بیماران تحت پوشش بیمه درمانی بودند. همچنین نتایج مطالعه نشان داد که بین گروه‌های تبعیت کننده از محدودیت‌های رژیم غذایی و گروهی که از این محدودیت‌ها تبعیت نمی‌کنند، از نظر متغیرهای جمعیت شناختی که هر یک می‌توانستند در نتایج مطالعه تأثیرگذار باشند، تفاوت معنی‌دار آماری وجود ندارد (جدول ۱ و ۲).

بین ۳/۵-۵/۵ گرم در دسی لیتر و سدیم ما بین ۱۳۵-۱۴۵ میلی‌اکی‌والان در لیتر بودند، تحت عنوان تبعیت کننده از محدودیت‌های رژیم غذایی در نظر گرفته شدند و بقیه بیماران که دارای شرایط فوق نبودند در گروه مقابل قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه محقق ساخته بر اساس مدل خودکارآمدی بندورا با استفاده از راهنمای ساخت پرسشنامه خودکارآمدی، بود (۱۹). این پرسشنامه از ۱۰ سؤال تشکیل شده که از نوع لیکرت ۵ تایی (نظری ندارم=۳، کاملاً مخالفم=۱، مخالفم=۲، موافقم=۴ و کاملاً موافقم=۵) است. در سؤالات منفی نمره دهی معکوس در نظر گرفته شد. نمرات افراد شرکت کننده در این ابزار بین بازه‌ی ۱۰ تا ۵۰ قرار گرفت.

برای بررسی روایی^۱ محتوایی ابزار در اختیار ۱۰ تن از صاحب‌نظران و متخصصین در حوزه‌های نفرولوژی، آموزش بهداشت و پرستاری قرار گرفت. بر اساس داده‌های حاصل نسبت روایی محتوایی (CVR)^۲ و شاخص روایی محتوا (CVI)^۳ محاسبه شد. CVI کل و CVR کل محاسبه شده برابر ۹۵ درصد و ۹۴ درصد به دست آمد. پایایی^۴ پرسشنامه بر روی ۵۰ نفر از بیماران تحت همودیالیز به روش آلفای کرونباخ انجام شد ($\alpha = .81$). پس از کسب رضایت آگاهانه از بیماران و تکمیل پرسشنامه و جمع‌آوری اطلاعات،

جدول (۱) مقایسه مشخصات جمعیت شناختی کمی در بین دو گروه تبعیت کننده و عدم تبعیت کننده از محدودیت‌های رژیم غذایی

متغیرهای جمعیت شناختی کمی					
متغیر	میانگین	انحراف معیار	آماره آزمون	P-value	
سن	تبعیت کننده رژیم غذایی	۶۰/۶۲	۱۵/۸۱	t=۱.۷۵	<۰.۸۰
	عدم تبعیت از رژیم غذایی	۵۷/۶۹	۱۳/۳۳		
مدت بیماری (ماه)	تبعیت کننده رژیم غذایی	۵۱.۹۹	۵۱.۰۲	t=۰.۲۳۲	<۰.۸۱
	عدم تبعیت از رژیم غذایی	۵۳.۲۳	۴۱.۸۶		

جدول (۲) مقایسه مشخصات جمعیت شناختی کیفی در بین دو گروه تبعیت کننده و عدم تبعیت کننده از محدودیت‌های رژیم غذایی

متغیرهای جمعیت شناختی کیفی					
نتیجه آزمون	تبعیت کننده از رژیم غذایی		عدم تبعیت از رژیم غذایی		گروه
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
جنسیت	زن	۶۵	۴۳.۹	۸۳	۵۱.۲
	مرد	۸۳	۵۶.۱	۷۹	۴۸.۸
					$X^2=۱.۶۵۹$
					df=۱

³ Content Validity Index

⁴ Reliability

¹ Validity

² Content Validity Ratio

متغیرهای جمعیت شناختی کیفی

نتیجه آزمون	تبعیت کننده از رژیم غذایی		عدم تبعیت از رژیم غذایی		گروه	متغیر
	تعداد	درصد	تعداد	درصد		
$p=0.198$						
$X^2=0.517$	۶۸	۱۱	۶۰	۹	مجرد	
$df=2$	۷۲.۲	۱۱۷	۶۹.۶	۱۰۳	متاهل	وضعیت تأهل
$p=0.772$	۲۱	۳۴	۲۴.۳	۳۶	بیوه/ مطلقه	
	۱۶.۷	۲۷	۲۵	۳۷	بازنشسته	
$X^2=56.04$	۴۸.۱	۷۸	۴۳.۹	۶۵	خانه‌دار	
$df=4$	۱.۲	۲	۲.۷	۴	کارمند	شغل
$p=0.231$	۲۳.۵	۳۸	۲۲.۳	۳۳	آزاد	
	۱۰.۵	۱۷	۶.۱	۹	بیکار	
	۴۶.۳	۷۵	۴۹.۳	۷۳	بی‌سواد	
$X^2=3.059$	۲۱.۶	۳۵	۲۹.۱	۴۳	ابتدایی	تحصیلات
$df=3$	۲۱.۶	۳۵	۱۶.۹	۲۵	راهنمایی/ دیپلم	
$p=0.383$	۱.۹	۳	۴.۷	۷	دانشگاهی	
	۴۲	۶۸	۴۰.۵	۶۰	دخل کم‌تر از خرج	
$X^2=0.105$	۵۴.۳	۸۸	۵۶.۱	۸۳	دخل برابر خرج	درآمد ماهیانه
$df=2$	۳.۷	۶	۳.۴	۵	دخل بیش از خرج	
$p=0.949$						

و گروهی که از محدودیت‌های رژیم غذایی تبعیت نداشتند (جدول ۳)، تفاوت معناداری وجود دارد.

نتایج مطالعه حاضر بر اساس آزمون آماری تی مستقل نشان داد که، از نظر نمره خودکارآمدی بین گروه تبعیت کننده از رژیم غذایی

جدول ۳) مقایسه میانگین نمرات خودکارآمدی در بین دو گروه تبعیت کننده و گروه عدم تبعیت کننده از محدودیت‌های رژیم غذایی

P-value	آماره آزمون	انحراف معیار	میانگین	خودکارآمدی
<0.001	$t=10.482$	۶/۳۰	۴۱/۶۴	تبعیت کننده رژیم غذایی
		۶/۳۸	۳۴/۰۸	عدم تبعیت از رژیم غذایی

می‌باشد (۲۰). عدم رعایت این محدودیت‌ها فرد را با خطر بروز عوارضی همچون افزایش فشارخون، نارسایی قلبی، ضعف عضلانی- اسکلتی و حتی مرگ مواجه می‌سازد (۹، ۱۰، ۲۱). از این رو این

بحث و نتیجه‌گیری

یکی از سخت‌ترین چالش‌هایی که بیماران تحت همودیلیز با آن روبه‌رو هستند، تبعیت از محدودیت‌های رژیم غذایی و مایعات

مطالعه باهدف بررسی ارتباط بین خودکارآمدی و تبعیت از رژیم غذایی در این بیماران صورت گرفت.

نتایج مطالعه نشان داد که بین گروه تبعیت کننده از رژیم غذایی و گروهی که از رژیم غذایی خود تبعیت نمی کردند از نظر متغیرهای مداخله گر جمعیت شناختی نظیر جنسیت، سن، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، شغل بیمار، درآمد ماهیانه، وضعیت بیمه و مدت زمان مراقبت که هر یک می توانند بر نتایج مطالعه تأثیر بگذارند، از نظر آماری تفاوت معنی داری وجود ندارد، به عبارتی هر دو گروه همگن بودند.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که درآمد ماهیانه اکثریت نمونه ها در دو گروه در سطح خرج برابر دخل و خرج کم تر از دخل قرار داشت که این یافته همسو با مطالعه ذوالفقاری و همکاران (۲۰۱۳) می باشد (۱۴). طبق مطالعه جونز و همکاران (۲۰۱۳)، وضعیت اقتصادی پایین، اختلافات زناشویی از قبیل طلاق و وجود بیمار در خانواده می تواند یکی از علل بالقوه بروز رفتارهای ناسازگار در این بیماران به حساب آید (۱۶).

با توجه به نتایج حاصل از مقایسه میانگین خودکارآمدی در بین دو گروه از بیماران، اختلاف معنی دار و مستقیم بین خودکارآمدی و تبعیت از رژیم غذایی و مایعات وجود دارد. نتایج حاصل از مطالعه رامبد و همکاران نیز همسو با نتایج حاصل از این مطالعه می باشد (۱۰). خودکارآمدی بیمار می تواند نقش مهم و تعیین کننده در بروز رفتار تبعیت از محدودیت های تغذیه ای مختص این بیماران داشته باشد و همچنین می تواند سبب بهبود رفتارهای خودمراقبتی نیز در این بیماران شود (۱۰، ۱۸). لذا در این مطالعه، گروهی که خودکارآمدی پایین دارد، رفتار تبعیت از محدودیت های رژیم غذایی و مایعات کمتری از خود بروز داده است. جونز و همکاران نیز معتقدند که همبستگی مثبت و قوی بین خودکارآمدی و تبعیت از محدودیت های رژیم غذایی و مایعات وجود دارد. بدین صورت بیماران که از خودکارآمدی بالایی برخوردار بودند، نگرش و رفتار مطلوب در جهت تبعیت از این محدودیت ها داشتند (۱۶).

با توجه به اینکه خودکارآمدی به عنوان تعیین کننده قطعی تغییر رفتار بهداشتی در نظر گرفته می شود، تغییر رفتار به وسیله حس کنترل افراد تسهیل می شود. اگر افراد بر این باور باشند که می توانند فعالیتی در جهت حل مشکل انجام دهند، احساس تمایل و تعهد بیشتری را در انجام آن دارند. (۲۲، ۲۳).

با توجه نتایج حاصل از این مطالعه بیماران شرکت کننده در دو گروه از نظر خودکارآمدی متفاوت بوده و در گروه تبعیت کننده بالاتر می باشد. سطح بالای خودکارآمدی در بیماران همودیالیزی نشان داد که این بیماران در انجام فعالیت های مربوط به کنترل محدودیت های مواد غذایی و مایعات و همچنین مدیریت عوارض پیش آمده در راستای نارسایی مزمن کلیوی موفق ترند. این افراد توانایی تصمیم گیری بالایی در مورد انتخاب صحیح مواد غذایی برخوردار بوده و نگرش مثبتی نسبت به تبعیت از رژیم غذایی دارند که با تئوری بندورا که خودکارآمدی را توانایی فرد در انجام رفتارهای خودمراقبتی در موقعیت های خاص تعریف کرده است، مطابقت دارد. بنابر آنچه گفته شد می توان نتیجه گرفت مدل خودکارآمدی در تبیین رفتار تبعیت از رژیم غذایی موفق بوده است. لذا پیشنهاد می شود در برنامه ریزی برای ایجاد تغییر در رفتارهای تبعیت از رژیم غذایی به خودکارآمدی تغذیه ای بیماران تحت همودیالیز توجه شود. با وجود اینکه یافته های این مطالعه، شرح دقیقی از ارتباط خودکارآمدی با تبعیت از رژیم غذایی ارائه داشته اما با محدودیت هایی نیز همراه بوده است از قبیل حالات روحی واحد پژوهش در هنگام تکمیل پرسشنامه که ممکن بود در نوع پاسخدهی به سؤالات مؤثر واقع شود و پاسخ ها را تغییر دهد، که جهت غلبه بر آن پرسشنامه در زمانی که بیمار تمایل داشت و زمانی که حالات روحی خود را بهتر اعلام می کرد، تکمیل گردید.

پیشنهاد می شود در برنامه ریزی های سیستم درمانی به نقش مدل های تغییر رفتار همچون خودکارآمدی برای شناسایی جنبه های مؤثر بر بروز و یا تغییر رفتار در بیماران توجه شده و از روش های آموزشی مؤثر بر خودکارآمدی در جهت افزایش تبعیت از محدودیت های غذایی مورد توجه قرار گیرد تا هم کیفیت درمانی بهبود یابد و هم هزینه های درمان عوارض ناشی از عدم تبعیت از این محدودیت ها کاهش یابد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه بخشی از نتایج پایان نامه کارشناسی ارشد با تأیید کمیته اخلاقی با کد اخلاقی ۱۳۹۵.۲۸۲ می باشد. نهایت تشکر و قدردانی را از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، مسئولین و پرستاران بخش دیالیز مراکز آموزشی درمانی آیت الله طالقانی و همچنین کلیه بیماران تحت همودیالیز که بدون مشارکت آن ها اجرای این طرح ممکن نبود، داریم

References:

1. Levey AS, Coresh J, Balk E, Kausz AT, Levin A, Steffes MW, et al. National Kidney Foundation practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. *Ann Intern Med* 2003;139(2):137–47.
2. Bashardoust B, Gavami M, Maleki N, Doustkami H, Habibzadeh S. Mortality and Nutritional Status in Patients Undergoing Hemodialysis. *Shiraz E-Med J* 2015;16(2):1–5. (Persian)
3. Burrows L, Muller R. Chronic kidney disease and cardiovascular disease: pathophysiologic links. *Nephrol Nurs J* 2007;34(1):55–63; quiz 64–65.
4. Dialysis Almanac of Iran 2014: dialysis Consortium of Iran 2015 [Available from: <http://www.iranerdc.com/Publications.html>].
5. Cicolini G, Palma E, Simonetta C, Di Nicola M. Influence of family carers on haemodialyzed patients' adherence to dietary and fluid restrictions: an observational study. *J Adv Nurs* 2012;68(11):2410–7.
6. Himmelfarb J, Ikizler TA. Hemodialysis. *N Engl J Med* 2010;363(19):1833–45.
7. Ebrahimi H, Sadeghi M. The effect of dietary regimen education on the laboratory variables in hemodialysis patients. *J Nurs Educ* 2014;2(4):12–22. (Persian)
8. Baljani E, Habibzadeh H, Rahimi J, Azimpour A, Salimi S. Effect of self management programs on dietary adherence and interdialytic weight gain in patients undergoing hemodialysis. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2013; 11 (4): 259–68. (Persian)
9. Umeukeje EM, Merighi JR, Browne T, Victoroff JN, Umanath K, Lewis JB, et al. Self-Motivation Is Associated With Phosphorus Control in End-Stage Renal Disease. *J Ren Nutr* 2015;25(5):433–9.
10. Rambod M, Peyravi H, Shokrpour N, Sareban MT. Dietary and fluid adherence in Iranian hemodialysis patients. *Health Care Manag (Frederick)* 2010;29(4):359–64. (Persian)
11. Walsh E, Lehane E. An exploration of the relationship between adherence with dietary sodium restrictions and health beliefs regarding these restrictions in Irish patients receiving haemodialysis for end-stage renal disease. *J Clin Nurs* 2011;20(3–4):331–40.
12. Tranter S. Review of Haemodialysis for Nurses and Dialysis Personnel. *Renal Soc Australasia J* 2016;12(1):34.
13. Rafii F. Relationship of self-efficacy with therapeutic regimen and clinical/laboratory outcomes in hemodialysis patient. *Iran J Nurs* 2010;22(62):41–47. (Persian)
14. Zolfaghari M, Sookhak F, Asadi Noughabi A, Haghani H. Effect of cognitive-behavioral intervention on adherence to dietary and fluid-intake restrictions in hemodialysis patients. *Journal of Nursing Education* 2013;2(3):9–17. (Persian)
15. Bandura A. *Self-efficacy: The exercise of control*. Macmillan; 1997.
16. Rosenbaum M, Ben-Ari Smira K. Cognitive and personality factors in the delay of gratification of hemodialysis patients. *J Pers Soc Psychol* 1986;51(2):357–64.
17. 1. Khoshnazar T, Farmanbar R, Moghannia M, Izadi Tameh A, Rostamnia L, Monfared A. Relevance self-efficacy with anxiety and depression among patients receiving hemodialysis referred to hemodialysis unit at educational - therapeutic center in rasht. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2014;12(9):807–14. (Persian)
18. Royani Z, Rayyani M, Vatanparast M, Mahdaviifar M, Goleij J. The relationship between self-care and

- self-efficacy with empowerment in patients undergoing hemodialysis. *Military Caring Sci* 2015;1(2):116-22. (Persian)
19. Bandura A. Guide for constructing self-efficacy scales. *Self-efficacy beliefs of adolescents* 2006;5(1):307-337.
20. 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.
21. 1. Kalantar-Zadeh K, Tortorici AR, Chen JLT, Kamgar M, Lau W-L, Moradi H, et al. Dietary restrictions in dialysis patients: is there anything left to eat? *Semin Dial* 2015;28(2):159-68. (Persian)
22. Bandura A. *Self-efficacy*: Wiley Online Library; 1994.
23. Schwarzer R, Fuchs R. Self-efficacy and health behaviours. *Predicting health behavior: Research and practice with social cognition models* 1996;163-196.

STUDYING THE RELATIONSHIP BETWEEN SELF-EFFICACY AND DIETARY ADHERENCE, IN PATIENTS UNDER HEMODIALYSIS

Sahar Kazemi¹, Alireza Didarlo², Hamidreza Khalkhali³, Aram Feizi^{*4}

Received: 12 Oct, 2017; Accepted: 24 Dec, 2017

Abstract

Background & Aims: Following a special diet, restricting liquids, and taking medicine to cure patients suffering from chronic kidney failure who are being treated by hemodialysis are crucial. The present study was carried out to study the relationship between self-efficacy and following a special diet among these patients.

Materials & Methods: A case-control study was carried out on 310 patients receiving hemodialysis at Taleghani Educational and Healthcare Center in Orumiyeh. In this research, the patients were sampled through full enumeration and were divided to two groups_ a group with members who followed their diet, and the other group in which the members did not follow the diet_ according to their average results from laboratory parameters. The self-efficacy of the patients was measured and compared by a valid and reliable tool made by the researcher.

Results: The results obtained from comparing the demographic data (age, gender, and ...) indicated that there was not a significant statistical difference between the two groups. The results from comparing the average values for self-efficacy in the following group (64.41 ± 30.6) and non-following group (08.36 ± 83.6) indicated a meaningful difference between these two groups ($p < 0.05$).

Conclusion: The members of the following group had a higher self-efficacy compared to the members of the non-following group. Therefore, taking some actions in order to boost the self-efficacy in the patients of the latter group may accompany an increase in their accepting a special diet which can lead to better therapeutic results.

Keywords: Self-efficacy, Adherence, Dialysis

Address: Urmia University of Medical Sciences, School of Nursing and Midwifery, Nazlou Campus, 11 km Seru Road, Urmia

Tel: (+98)4432754962

Email: aramfeizi@yahoo.com

¹ MSc in nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Iran

² Associate Professor Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

³ Associate Professor, Faculty of Medicine, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

⁴ Associate Professor, Faculty of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran
(Corresponding Author)