

تأثیر مداخله شناختی-رفتاری بر تبعیت از رژیم دارویی بیماران همودیالیزی

فاطمه سوخک* میترا ذوالفقاری** احمدعلی اسدی نوقابی*** حمید حقانی****

چکیده

زمینه و هدف: استفاده از داروها به صورت روزانه پایه و اساس مدیریت بیماری در تمام بیماران همودیالیزی می‌باشد. عدم تبعیت از رژیم دارویی باعث افزایش میزان بروز عوارض و مشکلات در این بیماران می‌شود. این پژوهش با هدف بررسی تأثیر مداخله شناختی-رفتاری بر تبعیت از رژیم دارویی در بیماران همودیالیزی انجام یافته است.

روش بررسی: این کارآزمایی بالینی در بخش همودیالیز بیمارستان امام رضا (ع) لار و ولی عصر (عج) لامرد انجام یافته است (سال ۱۳۹۲). نمونه‌های پژوهش ۷۰ بیمار بودند که به طور تصادفی در دو گروه مداخله (۳۵ نفر) و شاهد (۳۵ نفر) قرار گرفتند. در گروه مداخله، مداخله شناختی-رفتاری شش مرحله‌ای (شناسایی مشکل بیمار، ایجاد اعتماد به نفس و تعهد، افزایش آگاهی از رفتار، طراحی و اجرای یک برنامه آموزشی، ارزشیابی برنامه طراحی شده، حفظ تغییر رفتار مطلوب) انجام یافت. میزان تبعیت بیماران از رژیم دارویی با استفاده از پرسشنامه پژوهشگر ساخته به روش خودگزارش‌دهی، قبل و بعد از مداخله بررسی شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون آماری t مستقل در نرم‌افزار SPSS انجام یافت. یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار نمره تبعیت از رژیم دارویی بیماران قبل از مداخله در گروه مداخله 20.77 ± 4.06 و گروه شاهد 22.34 ± 2.65 بود و دو گروه تفاوت آماری معناداری نداشتند ($p=0.11$). بعد از انجام مداخله، دو گروه از نظر میزان میانگین نمره تبعیت از رژیم دارویی تفاوت آماری معناداری نشان دادند ($p < 0.001$).

نتیجه‌گیری: یافته‌های مطالعه مؤید آن است که مداخله شناختی-رفتاری به طور معناداری در بهبود تبعیت از رژیم دارویی مؤثر می‌باشد. با توجه به اثرات مثبت مداخله شناختی-رفتاری در بهبود تبعیت از رژیم دارویی و اهمیت این مسأله در امر مراقبت از بیماران تحت همودیالیز، پیشنهاد می‌شود پرستاران بالینی از این شیوه استفاده نمایند.

نویسنده مسؤول: میترا ذوالفقاری؛ مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

e-mail: zolfaghmi@sina.tums.ac.ir

واژه‌های کلیدی: مداخله شناختی-رفتاری، تبعیت از رژیم دارویی، همودیالیز

- دریافت مقاله: تیر ماه ۱۳۹۳ - پذیرش مقاله: آبان ماه ۱۳۹۳

مقدمه

که سالانه حدود ۸٪ به این میزان اضافه می‌شود و بروز آن در کشورهای مختلف، متغیر است (۲). همودیالیز رایج‌ترین درمان مورد استفاده در این بیماران می‌باشد. دسترسی گسترده به همودیالیز باعث شده که زندگی صدها نفر از هزاران بیمار دارای بیماری کلیوی مرحله نهایی طولانی گردد. یک همودیالیز موفق به چهار عامل وابسته است: محدودیت مصرف مایعات، تبعیت از رژیم دارویی

نارسایی مزمن کلیه اختلال پیشرونده و غیرقابل برگشت می‌باشد (۱). شیوع بیماری ESRD (End Stage Renal Disease) در جهان ۲۴۲ مورد در یک میلیون نفر جمعیت است

* کارشناس ارشد پرستاری

** عضو مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، استادیار گروه آموزشی یادگیری الکترونیکی دانشکده مجازی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

*** مربی گروه آموزشی پرستاری ویژه دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
**** مربی گروه آموزشی آمار حیاتی دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

و غذایی و حضور در جلسات همودیالیز (۳). تبعیت از رژیم دارویی در بیماران همودیالیزی یک عامل مهم برای دستیابی به نتایج درمانی مطلوب می‌باشد. همچنین سبب کاهش میزان مرگ و میر، ناتوانی بیمار و عوارض ناشی از همودیالیز (اختلالات تغذیه‌ای، گرفتگی عضلانی و عفونت خون) می‌شود. تبعیت از رژیم دارویی بدین معنی است که کلیه رفتارهای بیمار (در مورد تبعیت از رژیم دارویی) در جهت توصیه‌های ارائه شده از سوی مراقبان بهداشتی-درمانی باشد (۴). بیماران همودیالیز نسبت به سایر بیماران مزمن داروی بیش‌تری در طول روز مصرف می‌کنند. این بیماران در طول روز از داروهای متعددی جهت کنترل بیماری‌های قلبی، استخوانی، گوارشی، کلسترول بالا، عفونت، اختلالات مربوط به غدد درون‌ریز، ترومبوز، بیماری‌های روانی و اختلالات خواب (سندروم پاهای بی‌قرار) استفاده می‌کنند (۵). با این حال عدم تبعیت از رژیم دارویی به عنوان یک مانع جهت دستیابی به اهداف درمانی است. ۴۰-۳۰٪ از بیماران با بیماری‌های مزمن رژیم دارویی خود را رعایت نمی‌کنند (۶). این موضوع اهمیت بررسی علت عدم تبعیت و انجام اقداماتی جهت بهبود تبعیت در این بیماران را نشان می‌دهد.

شناسایی عوامل مؤثر بر عدم تبعیت از رژیم دارویی برای مراقبان بهداشتی بسیار با اهمیت است تا بتوانند با استفاده از مداخلاتی در جهت بهبود تبعیت به این بیماران کمک کنند (۷). با توجه به این موضوع محققان عوامل مؤثر بر تبعیت را شناسایی و گزارش نموده‌اند (۸و۹). دلایل عدم تبعیت از رژیم دارویی بسیار متنوع است. از جمله این عوامل تعدد داروهای مصرفی

بیمار است که می‌تواند احتمال عدم تبعیت از رژیم دارویی را در این بیماران افزایش دهد. میزان تبعیت از رژیم دارویی بستگی به اهمیتی دارد که بیماران به داروهایشان می‌دهند. مثلاً داروهایی که علایم آن‌ها را تسکین می‌دهد و اثربخشی آن را بهتر درک کرده باشند، بیش‌تر استفاده می‌کنند (۱). قطع دارو توسط بیمار یا تغییر در مقدار مصرفی، غیرمعمول نیست، زیرا در برخی از موارد عوارض جانبی داروها ناراحت کننده‌تر و پردردسرت‌تر از علایم بیماری هستند. افراد غالباً درمان‌هایی را که بسیار وقت‌گیر، خسته‌کننده یا پرهزینه باشند، ادامه نمی‌دهند (۷).

عدم تبعیت از رژیم دارویی در بسیاری از بیماران به علت نگرانی آن‌ها درباره عوارض جانبی داروهاست و یا تصور می‌کنند که این داروها غیرضروری است و بر روند بیماریشان تأثیری ندارد. پایبندی کم به درمان به عنوان یک مانع جهت مدیریت مؤثر در این بیماران می‌باشد. یکی دیگر از علت‌های عدم تبعیت، فراموشی در دریافت داروها می‌باشد که ممکن است عمدی و یا غیرعمدی اتفاق بیفتد. درک پایین و مشکلات مربوط به تبعیت در فراموشی غیرعمدی این بیماران تأثیر می‌گذارد و همچنین درک غلط در مورد مزایای تبعیت و خطرات عدم تبعیت می‌تواند باعث فراموشی عمدی در بیماران گردد (۵).

پرستاران به عنوان اعضای اصلی تیم مراقبتی لازم است تدابیری را در جهت بهبود تبعیت بیماران از رژیم دارویی اتخاذ نمایند. در این راستا ایجاد ارتباط مناسب بین افراد تیم درمان و بیمار باعث ایجاد انگیزه در بیماران برای تبعیت از رژیم درمانی می‌شود و در واقع اعضای تیم درمان می‌توانند رضایت این بیماران را با

(۸ و ۷). همچنین یک درمان شناختی-رفتاری به همراه یک مصاحبه انگیزشی در چندین جلسه می‌تواند جهت تغییر رفتار مورد استفاده قرار گیرد و در واقع تغییر رفتار از طریق تغییر در باور و نگرش افراد می‌باشد (۹). مطالعات در زمینه بررسی تأثیر مداخله شناختی-رفتاری بر تبعیت از رژیم دارویی در بیماران همودیالیز محدود است و با توجه به این که تاکنون هیچ‌گونه مداخله شناختی-رفتاری در ایران در جهت تبعیت از رژیم دارویی بیماران همودیالیزی انجام نشده و با در نظر گرفتن ملاحظات خاص فرهنگی، بومی، اعتقادی و اقتصادی که همگی می‌تواند بر نتایج مطالعه بسیار تأثیرگذار باشد لذا بر آن شدیم که از یک مداخله شناختی-رفتاری شش مرحله‌ای جهت بهبود تبعیت از رژیم دارویی در بیماران همودیالیز استفاده کنیم. هدف از این پژوهش بررسی تأثیر مداخله شناختی-رفتاری بر تبعیت از رژیم دارویی در بیماران همودیالیزی است.

روش بررسی

این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی می‌باشد که در بیماران تحت درمان با همودیالیز مراجعه‌کننده به بیمارستان امام رضا (ع) لارستان و ولی عصر (عج) لامرد در فاصله بهمن ۱۳۹۱ تا خرداد ۱۳۹۲ انجام گرفته است. به علت این که تعداد بیماران در یک بیمارستان کافی نبود، دو بیمارستان انتخاب شد که هر دو آن‌ها از نظر کادر کارکنان، نحوه انجام همودیالیز و بیمارانی که مراجعه می‌کردند، همگن بودند. برای جلوگیری از انتشار اطلاعات، بیماران به دو گروه زوج و فرد تقسیم شدند. در این مطالعه ۷۰ بیمار در دو

شرکت دادن آن‌ها در برنامه مراقبتی افزایش دهند. ارتباط با افراد مبتلا به بیماری مزمن، مستلزم نه تنها برخورد با جنبه‌های طبی بیماری، بلکه توجه به کلیت فرد در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی می‌باشد (۷) بنابراین در زمان اجرای مداخلات آموزشی علاوه بر توجه به جنبه‌های آموزش، باید به انواع تکنیک‌های روان‌شناختی نیز توجه ویژه‌ای مبذول شود تا بتواند زمینه‌ساز تغییر رفتار بیمار در طولانی مدت باشد. برای مثال در درمان‌های شناختی-رفتاری از تکنیک‌های رفتاری و راهبردهای شناختی استفاده می‌شود که جهت درمان مشکلات بیماران می‌توان از آن‌ها استفاده کرد (۸). درمان‌های شناختی-رفتاری به بیمار کمک می‌کنند که مشکلات شناختی خود را شناخته و آن‌ها را تغییر دهند، این تغییرات باعث بهبود در عواطف و رفتار فرد می‌شود. درمان شناختی-رفتاری یک رویکرد نظام‌مند جهت تغییر در رفتارهای فرد می‌باشد و دارای چندین عامل شامل: ۱. خودکنترلی، از جمله مشاهده و ثبت رفتارهای روزانه خود می‌باشد. این مرحله باعث آگاهی فرد از رفتارش می‌شود. ۲. شناسایی عوامل محیطی که مرتبط با تبعیت از رژیم درمانی است و کنترل محرک‌های فردی که در تبعیت از رژیم درمانی مؤثر می‌باشند. ۳. اصلاح شناخت فرد و آگاهی او از تفکرات و باورهایش در مورد رژیم درمانی است. ۴. کنترل استرس از طریق روش‌های آرام‌سازی مثل تنفس دیافراگمی، آرام‌سازی عضلانی می‌باشد. ۵. حمایت اجتماعی به عنوان یک جزء موفقیت‌آمیز است. این حمایت می‌تواند از طرف یک دوست یا اعضای خانواده باشد و در واقع تأثیر زیادی بر تشویق بیمار به پذیرش برنامه درمانی دارد

نمره قابل کسب مبین تبعیت مطلوب، ۵۰ تا ۸۵٪ تبعیت نسبتاً مطلوب، کمتر از ۵۰٪ تبعیت نامطلوب یا عدم تبعیت را نشان می‌دهد.

جهت تعیین اعتبار علمی پرسشنامه پژوهشگر ساخته (تبعیت از رژیم دارویی) از روش اعتبار محتوا استفاده شد. بدین صورت که پس از مطالعه کتب، مقالات علمی جدید و مرتبط، تحقیقات مشابه و سایت‌های اینترنتی، ابزار گردآوری داده‌ها تهیه و سپس جهت روایی صوری و محتوایی به ۱۰ تن از اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران ارایه شد و نظرات اصلاحی و پیشنهادی آنان اعمال گردید. همچنین جهت تعیین پایایی ابزار از روش آزمون مجدد استفاده شده است. به این ترتیب که پرسشنامه تدوین شده به سی تن از افراد واجد شرایط ورود به مطالعه داده شد و نمرات آن‌ها محاسبه گردید. بعد از گذشت دو هفته، مجدداً پرسشنامه توسط همان افراد تکمیل گردید و با استفاده از ضریب پیوستگی پیرسون با پایایی ۰/۹۲ مورد تأیید قرار گرفت.

مداخله شناختی-رفتاری شش مرحله‌ای با اقتباس از Farquhar (۱۰) انجام یافت. مراحل آن شامل: مرحله اول شناسایی مشکل بیمار و علت عدم تبعیت بیمار از طریق یک مصاحبه چهره به چهره انجام یافت (سؤالاتی از قبیل: چرا شما رژیم دارویی خود را رعایت نمی‌کنید؟ بزرگ‌ترین مانع در تبعیت شما از رژیم دارویی چیست؟ و...). مرحله دوم مداخله یعنی ایجاد تعهد و اعتماد به نفس در بیمار در جهت اصلاح رفتار غلط می‌باشد. بدین صورت که در این مرحله بیمار با کمک پژوهشگر، مشکلات و موانع مربوط به عدم تبعیت خود را شناخته و در این زمان قراردادی

گروه روزهای زوج (گروه مداخله) و روزهای فرد (گروه شاهد) وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود شامل بیماران همودیالیزی ۶۰-۲۰ سال که حداقل به مدت یک سال تحت همودیالیز باشند و ۲ یا ۳ بار در هفته و هر جلسه به مدت ۴-۳ ساعت همودیالیز دریافت کنند، نمونه‌ها حداقل سواد خواندن و نوشتن را دارا بودند. بیمارانی که تمایل برای ادامه شرکت در مطالعه نداشتند و یا در هر یک از مراحل مداخله آموزشی شرکت نمی‌کردند، از مطالعه خارج شدند. روش نمونه‌گیری به صورت در دسترس بود. به این ترتیب که تعداد افرادی که به بخش همودیالیز مراجعه می‌کردند و شرایط ورود به مطالعه را داشتند، انتخاب شدند و سپس فرم رضایت‌نامه آگاهانه توسط نمونه‌ها تکمیل گردید و افراد واجد شرایط براساس روزهای تصادفی (روزهای زوج یا فرد) در دو گروه مداخله و شاهد قرار گرفتند. پرسشنامه تبعیت از رژیم دارویی و اطلاعات فردی بیمار قبل و بعد از مداخله تکمیل گردید. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه پژوهشگر ساخته مشتمل بر سه قسمت بود: ۱. اطلاعات جمعیت‌شناختی، شامل سؤالاتی در مورد مشخصات فردی بیماران، وضعیت زندگی، سطح تحصیلات، وضعیت بیمه، میزان درآمد، فرد مراقبت‌کننده از بیمار که شامل ۹ سؤال بود. ۲. اطلاعات مربوط به بیماری، طول مدت زمان تشخیص بیماری، زمینه‌ای منجر به بیماری و برنامه هفتگی همودیالیز که شامل ۳ سؤال بود. ۳. سؤالات مربوط به تبعیت از رژیم دارویی، که از ۷ سؤال تشکیل شده بود و براساس امتیازدهی لیکرت بر مبنای صفر تا چهار نمره‌گذاری شد که مجموع امتیازات ۲۸ بود. در نهایت نمره بیش‌تر از ۸۵٪

دقیقه‌ای انجام گرفت. سپس سه ماه بعد از مداخله، مجدداً پرسشنامه پژوهشگر ساخته تبعیت از رژیم دارویی توسط نمونه‌ها تکمیل گردید. در گروه شاهد پس از تکمیل پرسشنامه مربوط به تبعیت از رژیم دارویی، بدون انجام هیچ مداخله‌ای سه ماه بعد مجدداً پرسشنامه تبعیت تکمیل شد.

داده‌ها با کمک نرم‌افزار SPSS v.16 و آزمون آماری تی‌مستقل تجزیه و تحلیل شد. سطح معناداری در این مطالعه ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. ملاحظات اخلاقی در این پژوهش از قبیل کسب رضایت کتبی آگاهانه از افراد مورد مطالعه، اطلاع به بیمار در مورد اختیار انصراف آزادانه و بی‌قید و شرط در هر مرحله از تحقیق، کسب مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه، ثبت طرح در سامانه کارآزمایی بالینی کشور و امانت‌داری در گردآوری و تحلیل داده‌ها در این مطالعه به دقت لحاظ گردید. همچنین این پژوهش در مرکز ثبت کارآزمایی بالینی با شماره IRCT201211101599N21 کد ثبت گرفته است.

یافته‌ها

در طول مدت پژوهش در هر گروه ۳۵ نفر وارد شدند که تا پایان مدت پژوهش چهار نفر از پژوهش خارج شدند. یک نفر در گروه مداخله که در یکی از مراحل مداخله شرکت نکرد و سه نفر در گروه شاهد تمایلی به ادامه شرکت در مطالعه نشان ندادند و از مطالعه خارج شدند. میانگین سنی بیماران در گروه شاهد $51/02 \pm 13/58$ و در گروه مداخله $50/11 \pm 9/28$ بود. سایر مشخصات جمعیت‌شناسی در جدول شماره ۱ آورده شده است. لازم به ذکر است که دو گروه از نظر این متغیرها همگن بودند.

بین بیمار و پژوهشگر مبنی بر بهبود تبعیت ایجاد می‌شود که این مرحله از طریق افزایش انگیزه بیمار جهت تغییر رفتار است و پژوهشگر با گفتن جملات مثبت تأکیدی سعی در جهت افزایش اعتماد به نفس بیمار و ایجاد علاقه در تغییر رفتار نادرست بیمار نمود. در پایان این جلسه همچنین از بیمار خواسته شد که تا هفته آینده و جلسه بعد تمام کارهایی را که در جهت تبعیت از رژیم دارویی در طول روز انجام می‌دهد، به صورت یک گزارش روزانه یادداشت کند. در هفته دوم مرحله سوم مداخله انجام گرفت به این صورت که تمامی گزارش‌های روزانه بیمار مبنی بر تبعیت از رژیم دارویی و اظهارات خودگزارشی بیمار بررسی و جمع‌بندی گردید. به این صورت که براساس گزارش بیماران موانع و عوامل مؤثر بر تبعیت بیماران از رژیم دارویی مورد بررسی قرار گرفت. در مرحله چهارم مداخله برنامه طراحی شده به صورت فرد به فرد در اختیار بیماران قرار گرفت. این برنامه شامل آموزش‌های مربوط به تبعیت از رژیم دارویی بیماران همودیالیز بود (به صورت پمفلت آموزشی) و همچنین درباره اجرای برنامه طراحی شده به بیماران آموزش لازم داده شد. در هفته چهارم مرحله پنجم و ششم مداخله انجام گرفت و در واقع در این مرحله ارزشیابی شد که برنامه طراحی شده تا چه میزان بر بهبود تبعیت بیمار مؤثر بوده است و در صورت مؤثر بودن برنامه طراحی شده، پژوهشگر اقدام به تشویق بیمار جهت حفظ تغییر رفتار خود می‌نمود که این حفظ رفتار از طریق به کار بردن جملات انگیزشی انجام یافت. این مراحل از طریق مصاحبه‌های انگیزشی ساختارمند و به صورت چهره به چهره، در چهار جلسه ۴۰-۳۰

نداشتند ($p=0/11$) و از نظر این متغیر همگن بودند. بعد از انجام مداخله، میانگین و انحراف معیار تبعیت افراد در گروه مداخله $26 \pm 1/65$ و در گروه شاهد $22/5 \pm 3/61$ بود. دو گروه مورد مطالعه از نظر میزان تبعیت از رژیم دارویی بعد از انجام مداخله تفاوت آماری معناداری داشتند ($p < 0/001$) (جدول شماره ۲). نتایج این مطالعه نشان داد که بیشترین دلیل (80%) عدم تبعیت از رژیم دارویی فراموشی در دریافت داروها بوده است (جدول شماره ۳).

در خصوص علت انجام دیالیز بیشترین علت در گروه شاهد ($37/2\%$) و گروه مداخله ($48/6\%$)، بیماری فشارخون بود و بیشترین بیماران در گروه شاهد ($74/3\%$) و مداخله ($74/3\%$) بین ۱ تا ۵ سال بود که دیالیز می‌شدند. میانگین و انحراف معیار تبعیت از رژیم دارویی بیماران قبل از مداخله در گروه مداخله $20/77 \pm 4/56$ و گروه شاهد $22/34 \pm 3/65$ بود. بنابراین قبل از انجام مداخله دو گروه از نظر تبعیت از رژیم دارویی تفاوت آماری معناداری

جدول ۱- مشخصات جمعیت شناختی بیماران تحت همودیالیز در دو گروه مداخله و شاهد مراجعه‌کننده به بخش همودیالیز بیمارستان امام رضا (ع) لار و ولی عصر (عج) لامرد سال ۱۳۹۲

نتایج	شاهد	مداخله		گروه			
		درصد	تعداد	درصد	تعداد		
آزمون df=۱ $\chi^2=0/542$	نتیجه $p=0/46$	۶۵/۷	۲۳	۵۷/۱	۲۰	مذکر	جنس
		۳۴/۳	۱۲	۴۲/۹	۱۵	مؤنث	
fisher	$p=0/71$	۳۷/۱	۱۳	۲۸/۶	۱۰	بیکار	شغل
		۳۷/۱	۱۳	۴۲/۹	۱۵	خانه‌دار	
		۰	۰	۲/۹	۱	کارگر	
		۱۱/۴	۴	۵/۷	۲	بازنشسته	
		۱۴/۳	۵	۲۰	۷	آزاد	
fisher	$p=0/20$	۲۲/۹	۸	۱۱/۴	۴	کفایت می‌کند	میزان درآمد
		۴۰	۱۴	۳۱/۴	۱۱	تاحدی کفایت می‌کند	
		۳۷/۱	۱۳	۵۷/۱	۲۰	کفایت نمی‌کند	
df=۱ $\chi^2=0/001$	$p=1$	۶۰	۲۱	۶۰	۲۱	شهر	محل سکونت
		۴۰	۱۴	۴۰	۱۴	روستا	
Fisher	$p=0/40$	۷۷/۱	۲۷	۸۸/۶	۳۱	زیردیپلم	سطح تحصیلات
		۲۰	۷	۸/۶	۳	دیپلم	
		۲/۹	۱	۲/۹	۱	دانشگاهی	
df=۱ $\chi^2=1/80$	$p=0/17$	۶۵/۷	۲۳	۸۰	۲۸	بیمه هستند	وضعیت بیمه
		۳۴/۳	۱۲	۲۰	۷	بیمه نیستند	
fisher	$p=0/28$	۷۴/۳	۲۶	۸۸/۶	۳۱	متأهل	وضعیت تأهل
		۱۱/۴	۴	۸/۶	۳	مجرد	
		۱۱/۴	۴	۲/۹	۱	همسر فوت شده	
		۲/۹	۱	۰	۰	جدا شده	
fisher	$p=0/49$	۵/۷	۲	۰	۰	به تنهایی	نحوه زندگی
fisher	$p=0/20$	۸۰	۲۸	۹۱/۴	۳۲	همسر و فرزندان	
fisher	$p=0/71$	۱۴/۳	۵	۸/۶	۳	والدین	
fisher	$p=0/04$	۳۱	۸۸/۶	۲۳	۶۵/۷	همسر	مراقبت بیمار
fisher	$p=0/80$	۲۲	۶۲/۹	۲۴	۶۸/۶	فرزندان	
fisher	$p=1$	۶	۱۷/۱	۶	۱۷/۱	والدین	
fisher	$p=0/35$	۱	۲/۹	۴	۱۱/۴	خود بیمار	

جدول ۲- تأثیر مداخله شناختی-رفتاری بر میزان تبعیت از رژیم دارویی در دو گروه مداخله و شاهد، قبل و بعد از مداخله

برنامه درمانی	زمان		قبل از مداخله		بعد از مداخله	
	گروه	میزان تبعیت	مداخله	شاهد	مداخله	شاهد
		میانگین \pm انحراف معیار	۲۰/۷۷ \pm ۴/۵۶	۲۲/۳۴ \pm ۳/۶۵	۲۶ \pm ۱/۶۵	۲۲/۵ \pm ۳/۶۱
		نتایج آزمون <i>t</i> مستقل	$p=۰/۱۱$		$p<۰/۰۰۱$	

جدول ۳- دلایل عدم تبعیت از رژیم دارویی برحسب پاسخ شرکت‌کنندگان در مطالعه

درصد پاسخ‌دهی نمونه‌ها	
۸۰ درصد	۱- فراموشی در دریافت داروها
۶۰ درصد	۲- عدم مصرف داروها طبق دستور پزشک
۵۰ درصد	۳- قطع مصرف داروها بدون تجویز پزشک
۳۰ درصد	۴- کم یا زیاد کردن میزان مصرف داروها بدون تجویز پزشک
۶۰ درصد	۵- عدم اعتقاد به تأثیر داروهای تجویز شده توسط پزشک
۵۰ درصد	۶- عدم آگاهی از عوارض جانبی داروها
۲۰ درصد	۷- مصرف خودسرانه داروی دیگر بدون تجویز پزشک

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که میانگین و انحراف معیار نمره تبعیت از رژیم دارویی بیماران قبل از مداخله در گروه مداخله $۲۰/۷۷ \pm ۴/۵۶$ و گروه شاهد $۲۲/۳۴ \pm ۳/۶۵$ بوده و تفاوت آماری معناداری نداشته است. دو گروه از نظر این متغیر همگن بوده‌اند ($p=۰/۱۱$). اما بعد از مداخله شناختی-رفتاری، در گروه مداخله به طور معناداری میانگین تبعیت بیماران افزایش یافت و میانگین و انحراف معیار نمره تبعیت افراد در گروه مداخله $۲۶ \pm ۱/۶۵$ و در گروه شاهد $۲۲/۵ \pm ۳/۶۱$ شده که تفاوت بین دو گروه به لحاظ آماری معنادار است ($p<۰/۰۰۱$). این امر مؤید تأثیر مثبت مداخله شناختی-رفتاری در بهبود تبعیت از رژیم دارویی می‌باشد. در یک مرور سیستماتیک که توسط Schmid و همکاران تحت عنوان تبعیت از داروهای خوراکی در بیماران تحت همودیالیز مزمن انجام یافت، در بیش از

نیمی از مطالعات (۶۷٪) نتایج نشان می‌دهد که عدم تبعیت از داروهای خوراکی در این بیماران وجود داشته و با این که این مسأله تهدیدکننده زندگی است، اما متأسفانه توجه چندانی به آن نمی‌شود محققان یاد شده بیان کردند که عدم تبعیت از رژیم دارویی در بیماران همودیالیز هنوز به عنوان یک مشکل اساسی و به عنوان یک مانع جهت رسیدن به نتایج درمانی محسوب می‌گردد (۱۱). نتایج مطالعه حاضر نشان داد که مداخله شناختی-رفتاری روشی مؤثر در بهبود نمره تبعیت از رژیم دارویی در بیماران تحت همودیالیز است. افزایش نمره تبعیت از رژیم دارویی در بیماران گروه مداخله در مطالعه حاضر می‌تواند به دلیل ماهیت چند جانبه مداخله شناختی-رفتاری باشد. درمان‌های شناختی-رفتاری به بیمار کمک می‌کند که با مشکلات خود آشنا شده و آن‌ها را تغییر دهد و در نتیجه این تغییرات باعث بهبود در عواطف و رفتار فرد نیز می‌شود. دیدگاه

شناختی-رفتاری برای بیمارانی که دارای چندین اختلال هستند، مفید است و می‌تواند برای افرادی که هیچ‌گونه باوری در مورد سازگاری با رژیم درمانیشان ندارند، کمک‌کننده باشد (۷). در گام اول مداخله شناختی-رفتاری علل عدم تبعیت شناسایی شده و موانع تبعیت مورد بررسی قرار می‌گیرد و مشکل بیمار در پیروی از رژیم دارویی از طریق یک مصاحبه چهره به چهره مورد کنکاش قرار می‌گیرد. این اقدامات در شناسایی و رفع موانع عدم تبعیت می‌تواند مؤثر باشد. نتایج مطالعه سیستماتیک Matteson و Russell که با هدف بررسی مداخلات جهت بهبود تبعیت از رژیم درمانی در بیماران مزمن انجام یافت، نشان داد که مداخله شناختی-رفتاری مؤثرتر از سایر مداخلات انجام گرفته جهت تبعیت از رژیم درمانی بوده است (۱۲).

نتایج پژوهش حاضر نیز این موضوع را تأیید می‌کند که به منظور بهبود تبعیت از رژیم دارویی لازم است ابتدا ارتباط مؤثر درمانی با بیمار برقرار شود و دلایل و موانع عدم تبعیت در بیمار شناسایی گردد و انگیزه بیمار جهت تغییر رفتار افزایش یابد. چنان که نتایج مطالعه Baumann و Dang تحت عنوان «کمک به بیماران مبتلا به بیماری مزمن جهت بهبود تبعیت و غلبه بر موانع خودمراقبتی» نشان داد که اولین قدم جهت کمک به بیماران همودیالیزی در جهت برنامه خودمراقبتی (از جمله تبعیت از رژیم دارویی)، شناسایی مشکل بیمار و بررسی دلایل عدم تبعیت است. نویسندگان مقاله اذعان می‌دارند که از جمله راهبردهای غلبه بر موانع خودمراقبتی انجام مصاحبه‌های انگیزشی، شناخت باورهای فرد، افزایش خودکارآمدی

فرد و افزایش حمایت‌های اجتماعی می‌باشد (۱۳).

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که ۸۰٪ نمونه‌ها فراموشی در دریافت داروها را علت عدم تبعیت خود می‌دانستند. در وهله بعدی عدم اعتقاد به تأثیر داروهای تجویز شده و عدم مصرف داروها مطابق دستور پزشک (۶۰٪) به عنوان دلیل عدم تبعیت ذکر شده است. Kreps و همکاران مطالعه‌ای تحت عنوان بررسی تأثیر پیام‌های انگیزشی در بهبود تبعیت از رژیم دارویی در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن انجام دادند. نتایج مطالعه نشان داد که نگرانی بیماران از عوارض داروها و هزینه بالای داروها دو عامل مهم عدم تبعیت از رژیم دارویی در بیماران مبتلا به بیماری مزمن می‌باشد و پیام‌های انگیزشی باعث افزایش تبعیت از رژیم درمانی در گروه مداخله شده است (۱۴). Browne و Merighi نیز در مطالعه‌ای سیستماتیک تحت عنوان «بررسی موانع خودمدیریتی تبعیت از رژیم دارویی در بیماران همودیالیز» نشان دادند که بیش‌ترین عاملی که می‌تواند بر میزان تبعیت از رژیم دارویی در بیماران همودیالیز تأثیر بگذارد، فراموشی در دریافت داروها (۸۰٪) است. متغیرهای جمعیت‌شناختی و اجتماعی-اقتصادی، عوامل روان‌شناختی، سواد سلامتی، باورهای بهداشتی و میزان رضایت بیمار از مراقبت‌دهندگان از دیگر موانع خودمدیریتی تبعیت از رژیم دارویی برشمرده شدند (۵).

نتایج این مطالعه نشان داد که انجام مداخله شناختی رفتاری می‌تواند منجر به بهبود میزان تبعیت از رژیم درمانی در بیماران همودیالیزی شود. لذا پیشنهاد می‌شود تأثیر این نوع مداخله

تشکر و قدردانی

این مقاله نتیجه طرح تحقیقاتی مصوب مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران به شماره IRCT2012111101599N21 کارآزمایی می‌باشد. در پایان بر خود لازم می‌دانیم از کارکنان محترم بخش همودیالیز بیمارستان امام رضا (ع) لارستان و ولی عصر (عج) لامرد و تمام بیماران عزیز و خانواده آن‌ها که با ما در انجام این پژوهش همکاری کردند تشکر و قدردانی نماییم.

در سایر بیماری‌های مزمن نیز بررسی شود. با توجه به این که در این پژوهش بررسی نتایج حاصل از مداخله به وسیله خودگزارش‌دهی و از طریق پرسشنامه سنجیده شد، پیشنهاد می‌شود که تأثیر نتایج مداخله از طریق بررسی نتایج آزمایشگاهی بیماران نیز انجام گیرد. همچنین تأثیر شرایط روحی و روانی فرد در زمان تکمیل پرسشنامه‌ها، در پاسخ افراد مورد پژوهش از جمله محدودیت‌های این طرح بوده که کنترل این امر خارج از اختیار پژوهشگر بود هرچند سعی شد تا حد امکان زمان و مکان مناسب جهت گردآوری داده‌ها لحاظ شود.

منابع

- 1 - Cinar S, Barlas GU, Alpar SE. Stressors and coping strategies in hemodialysis patients. *Pakistan Journal of Medical Sciences*. 2009 Apr-Jun; 25(3): 447-452.
- 2 - Heidarzadeh M, Atashpeikar S, Jalilazar T. Relationship between quality of life and self-care ability in patients receiving hemodialysis. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2010 Spring; 15(2): 71-76.
- 3 - Denhaerynck K, Manhaeve D, Dobbels F, Garzoni D, Nolte C, De Geest S. Prevalence and consequences of nonadherence to hemodialysis regimens. *Am J Crit Care*. 2007 May; 16(3): 222-35.
- 4 - Arbuthnott A, Sharpe D. The effect of physician-patient collaboration on patient adherence in non-psychiatric medicine. *Patient Educ Couns*. 2009 Oct; 77(1): 60-7.
- 5 - Browne T, Merighi JR. Barriers to adult hemodialysis patients' self-management of oral medications. *Am J Kidney Dis*. 2010 Sep; 56(3): 547-57.
- 6 - Rifkin DE, Laws MB, Rao M, Balakrishnan VS, Sarnak MJ, Wilson IB. Medication adherence behavior and priorities among older adults with CKD: a semistructured interview study. *Am J Kidney Dis*. 2010 Sep; 56(3): 439-46.
- 7 - Sharp J, Wild MR, Gumley AI. A systematic review of psychological interventions for the treatment of nonadherence to fluid-intake restrictions in people receiving hemodialysis. *Am J Kidney Dis*. 2005 Jan; 45(1): 15-27.
- 8 - Kaptein AA, van Dijk S, Broadbent E, Falzon L, Thong M, Dekker FW. Behavioural research in patients with end-stage renal disease: a review and research agenda. *Patient Educ Couns*. 2010 Oct; 81(1): 23-9.
- 9 - Russell CL, Cronk NJ, Herron M, Knowles N, Matteson ML, Peace L, Ponferrada L. Motivational Interviewing in Dialysis Adherence Study (MIDAS). *Nephrol Nurs J*. 2011 May-Jun; 38(3): 229-36.
- 10 - Farquhar JW, Albright CL. Principles of behavioral changes. In: Greene HL, editor. *Introduction to clinical medicine*. Philadelphia, Pa: B.C. Decker, Inc; 1991. P. 596-601.
- 11 - Schmid H, Hartmann B, Schiffel H. Adherence to prescribed oral medication in adult patients undergoing chronic hemodialysis: a critical review of the literature. *Eur J Med Res*. 2009 May 14; 14(5): 185-90.
- 12 - Matteson ML, Russell C. Interventions to improve hemodialysis adherence: a systematic review of randomized-controlled trials. *Hemodial Int*. 2010 Oct; 14(4): 370-82.
- 13 - Baumann LC, Dang TT. Helping patients with chronic conditions overcome barriers to self-care. *Nurse Pract*. 2012 Mar 13; 37(3): 32-8.
- 14 - Kreps GL, Villagran MM, Zhao X, McHorney CA, Ledford C, Weathers M, Keefe B. Development and validation of motivational messages to improve prescription medication adherence for patients with chronic health problems. *Patient Educ Couns*. 2011 Jun; 83(3): 375-81.

Effect of a Cognitive-Behavioral Intervention on Medication Adherence in Patients' Undergoing Hemodialysis

Fatemeh Sookhak* (MSc.) - Mitra Zolfaghari** (Ph.D) - Ahmad Ali Asadi Noghabi*** (Ph.D) - Hamid Haghani**** (MSc.).

Abstract

Article type:
Original Article

Received: Jun. 2014
Accepted: Oct. 2014

Background & Aim: Medication usage is the bases of disease management in patients who undergo hemodialysis. Non-adherence to medication regimen increases the incidence of complications among the patients. The aim of this study was to investigate the effect of a cognitive-behavioral intervention on medication adherence in patients undergoing hemodialysis.

Methods & Materials: In this clinical trial, 70 patients were selected from Imam Reza and Valiasr hospitals. Patients were assigned into two intervention (n=35) and control (n=35) groups. The intervention group received a cognitive-behavioral intervention including six steps: 1) Identifying the problem; 2) Creating confidence and commitment; 3) Increasing awareness of behavior; 4) Developing and implementing the action plan; 5) Evaluating the plan; and 6) Maintaining the desired behavior. Adherence to medication regimen was assessed using a self-report questionnaire before and immediately after the intervention. Data were analyzed using the independent t-test.

Results: At baseline, there was no significant difference in adherence to medicine regimen between the intervention (20.77±4.56) and control (22.34±3.65) groups ($P=0.1$). After the intervention, significant difference was observed between the two groups in adherence to medication regimen ($P<0.001$).

Conclusion: Cognitive-behavioral intervention could improve medication adherence in patients undergoing hemodialysis. It is recommended for nurses to use this approach to improve medical care among the patients.

Key words: cognitive-behavioral intervention, medication adherence, hemodialysis

Corresponding author:
Mitra Zolfaghari
e-mail:
zolfagham@sina.tums.
ac.ir

Please cite this article as:

- Sookhak F, Zolfaghari M, Asadi Noghabi AA, Haghani H. [Effect of a Cognitive-Behavioral Intervention on Medication Adherence in Patients' Undergoing Hemodialysis]. Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences. 2014; 20(3): 85-94. (Persian)

* MSc. in Nursing

** Nursing and Midwifery Care Research Center, Dept. of E-Learning, Virtual School, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

*** Dept. of Special Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

**** Dept. of Biostatistics, School of Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran