

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 موردنی شاهدی که بر روی ۳۱۰ بیمار تحت درمان با همودیالیز مراجعه کننده به مراکز آموزشی درمانی طالقانی ارومیه انجام گرفته است. بیماران بهصورت تمام شماری و بر اساس متوسط نتایج پارامترهای آزمایشگاهی به دو گروه تبعیت کننده 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 پایابی محقق ساخته اندازه‌گیری شده و مورد مقایسه قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج حاصل از مقایسه داده‌های جمعیت شناختی (سن، جنس...) نشان داد که بین دو گروه تفاوت معنی‌دار آماری وجود ندارد. نتایج حاصل از مقایسه میانگین نمرات خودکارآمدی در گروه تبعیت کننده از رژیم غذایی (41.64 ± 6.30) و گروهی که آر رژیم غذایی تبعیت نمی‌کردند، (34.80 ± 8.33) نشان‌دهنده‌ای اختلاف معنی‌دار در بین دو گروه بود ($P < 0.05$).

بحث و نتیجه‌گیری: گروه تبعیت کننده 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، پی دربی 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

نارسایی مزمن کلیوی^۵ یک مشکل جهانی در حوزه‌ی سلامت عمومی است (۱)، بیماری مرحله‌ی آخر نارسایی کلیوی^۶ به‌طور مقابل ملاحظه‌ای 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، 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

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 به طور مطلوب می‌باشد (۱۵، ۱۶). احساس خودکارآمدی می‌تواند تمام جنبه‌های زندگی فرد را تحت تأثیر قرار دهد (۱۷). خودکارآمدی پیش‌نیاز رفتار محسوب می‌شود، چراکه به عنوان بخش مستقلی 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 رابطه 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 به کارگیری خودکارآمدی می‌تواند در بهبود نگرش و افزایش انگیزه برای بهبود مشارکت مثبت در درمان خود مورد استفاده 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 درخصوص رفتارهای تغذیه‌ای 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 به عنوان 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 شناخته شده، عدم مصرف داروها و مواد روان‌گردان، حداقل ۳ ماه سابقه‌ی 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 آلومین 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. به طوری که بیمارانی که دارای میانگین پتاسیم و فسفر $3/5 - 5/5$ میلی اکی والان در لیتر، آلومین

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

هدف اصلی از همودیالیز بازیابی محیط مایع داخل و خارج سلولی است که از ویژگی‌های عملکرد کلیه‌ها می‌باشد (۶). این روش درمانی باعث بهبود سلامتی و افزایش بقا بیماران می‌شود ولی سیر بیماری را تغییر نداده و به طور 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 بالایی برخوردار نیست (۸). عدم تبعیت از رژیم غذایی با مرگ‌ومیر در این بیماری در ارتباط است (۹). به طوری که عدم تبعیت از رژیم غذایی کم پتانسیم منجر به ضعف عضلانی، آریتمی، ایست قلبی و مرگ شده و افزایش سطح فسفات سرم منجر به هایپرپاراتیروئیدیسم^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 مطالعه 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 پتانسیم و ۴/۵ درصد نیتروژن اوره خون بالا داشتند (۱۰). همچنین در مطالعه انجام شده توسط ذوالفاراری و همکاران (۱۳۹۲) بر روی بیماران تحت همودیالیز، علی‌رغم مداخله 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 رژیم درمانی 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

¹ Hyperparathyroidism

² Renal Osteodystrophy

بیماران موربدبررسی و مقایسه قرار گرفتند. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های تی (t) برای نمونه‌های مستقل و کای اسکوییر 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 $۱۵/۸۱ \pm ۶/۰۲$ سال و گروهی که از رژیم غذایی تبعیت نمی‌کردند، $۱۳/۳۳ \pm ۶/۶۹$ سال بود. ۴۷٪ زن، ۷۰٪ درصد متأهل، ۲۵٪ درصد دارای تحصیلات ابتدایی، ۱۹٪ درصد دارای تحصیلات دیپلم، ۴۱٪ 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 میلی اکی والان 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 تابی (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 شرکت‌کننده 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 برای 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 جمع آوری 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					
P-value	آماره آزمون	انحراف معیار	میانگین	متغیر	
<0.80	$t=1.75$	۱۵/۸۱	۶۰/۶۲	تبعیت کننده رژیم غذایی	سن
		۱۳/۳۳	۵۷/۶۹	عدم تبعیت از رژیم غذایی	
<0.81	$t=-0.232$	۵۱/۰۲	۵۱/۹۹	تبعیت کننده رژیم غذایی	مدت بیماری (ماه)
		۴۱/۸۶	۵۳/۲۳	عدم تبعیت از رژیم غذایی	

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	گروه			متغیر	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
$X^2=1.659$	۵۱.۲	۸۳	۴۳.۹	۶۵	زن
	۴۸.۸	۷۹	۵۶.۱	۸۳	مرد
جنسيت					

³ Content Validity Index

⁴ Reliability

¹ Validity

² Content Validity Ratio

متغیرهای جمعیت شناختی کیفی

نتیجه آزمون	عدم تبعیت کننده از رژیم غذایی			گروه	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	متغیر
p=۰،۱۹۸					
$X^2=۰،۵۱۷$	۶۰،۸	۱۱	۶۰،۱	۹	مجرد
df=۲	۷۲،۲	۱۱۷	۶۹،۶	۱۰۳	وضعیت تأهل
p =۰،۷۷۲	۲۱	۳۴	۲۴،۳	۳۶	بیوه / مطلقه
$X^2=۵۸۰،۴$					
	۱۶،۷	۲۷	۲۵	۳۷	بازنشسته
$X^2=۳۰،۵۹$	۴۸،۱	۷۸	۴۳،۹	۶۵	خانه‌دار
df=۴	۱،۲	۲	۲،۷	۴	کارمند
p=۰،۲۳۱	۲۳،۵	۳۸	۲۲،۳	۳۳	شغل آزاد
$X^2=۳۰،۵۹$					
	۱۰،۵	۱۷	۶،۱	۹	بیکار
$X^2=۰،۱۰۵$	۴۶،۳	۷۵	۴۹،۳	۷۳	بی‌سواد
df=۳	۲۱،۶	۳۵	۲۹،۱	۴۳	تحصیلات ابتدایی
p=۰،۳۸۳	۲۱،۶	۳۵	۱۶،۹	۲۵	راهنمایی / دیپلم
$X^2=۰،۱۰۵$					
	۱،۹	۳	۴،۷	۷	دانشگاهی
$X^2=۰،۹۴۹$	۴۲	۶۸	۴۰،۵	۶۰	دخل کمتر از خرج
df=۲	۵۴،۳	۸۸	۵۶،۱	۸۳	دخل برابر خرج درآمد ماهیانه
p=۰،۹۴۹	۳،۷	۶	۳،۴	۵	دخل بیش از خرج

نتایج مطالعه حاضر بر اساس آزمون آماری تی مستقل نشان داد که، از نظر نمره خودکارآمدی بین گروه تبعیت کننده از رژیم غذایی و گروهی که از محدودیتهای رژیم غذایی تبعیت نداشتند (جدول ۳)، تفاوت معناداری وجود دارد.

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
<۰،۰۰۱	t=۱۰،۴۸۲	۶/۳۰	۴۱/۶۴	تبعیت کننده رژیم غذایی
		۶/۳۸	۳۴/۰۸	عدم تبعیت از رژیم غذایی

می باشد). عدم رعایت این محدودیتها فرد را با خطر بروز عوارضی همچون افزایش فشارخون، نارسایی قلبی، ضعف عضلانی- اسکلتی و حتی مرگ مواجه می سازد (۹، ۱۰، ۲۱). ازین رو این

بحث و نتیجه‌گیری
یکی از سخت‌ترین چالش‌هایی که بیماران تحت همودیالیز با آن روبرو هستند، تبعیت از محدودیتهای رژیم غذایی و مایعات

با توجه نتایج حاصل از این مطالعه بیماران شرکت‌کننده در دو گروه از نظر خودکارآمدی متفاوت بوده و در گروه تبعیت کننده بالاتر می‌باشد. سطح بالای خودکارآمدی در بیماران همودیالیزی نشان داد که این بیماران در انجام فعالیتهای مربوط به کنترل محدودیتهای مواد غذایی و مایعات و همچنین مدیریت عوارض پیش‌آمده در راستای نارسایی مزمن کلیوی موفق‌ترند. این افراد توانایی تصمیم‌گیری 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 خودمراقبی در موقعیت‌های خاص تعریف کرده است، مطابقت دارد. بنابر آنچه گفته شد می‌توان نتیجه گرفت مدل خودکارآمدی در تبیین رفتار تبعیت از رژیم غذایی موفق بوده است. لذا پیشنهاد می‌شود در برنامه‌ریزی برای ایجاد تغییر در رفتارهای تبعیت از رژیم غذایی به خودکارآمدی تغذیه‌ای بیماران تحت همودیالیز توجه شود.

با وجود اینکه یافته‌های این مطالعه، شرح دقیقی از ارتباط خودکارآمدی با تبعیت از رژیم غذایی ارائه نداشتند اما با محدودیتهایی 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 پاسخ‌ها را تغییر دهد، که جهت غلبه بر آن پرسشنامه در زمانی که بیمار تمایل داشت و زمانی که حالات روحی خود را بهتر اعلام می‌کرد، تکمیل گردید.

پیشنهاد می‌شود در برنامه‌ریزی‌های سیستم درمانی به نقش مدل‌های تغییر رفتار همچون خودکارآمدی برای شناسایی جنبه‌های مؤثر بر بروز و یا تغییر رفتار در بیماران توجه شده و از روش‌های آموزشی مؤثر بر خودکارآمدی در جهت افزایش تبعیت از محدودیتهای غذایی موردن توجه قرار گیرد تا هم کیفیت درمانی بهبود یابد و هم هزینه‌های درمان عوارض ناشی از عدم تبعیت از این محدودیتهای کاهش یابد.

تشکر و قدردانی

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

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 نمی‌کردند از نظر متغیرهای مداخله‌گر جمعیت شناختی نظری جنسیت، سن، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، شغل بیمار، درآمد ماهیانه، وضعیت بیمه و مدت‌زمان مراقبت که هر یک می‌توانند بر نتایج مطالعه تأثیر بگذارند، از نظر آماری تفاوت معنی‌داری وجود ندارد، به عبارتی هر دو گروه همگن بودند.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که درآمد ماهیانه اکثریت نمونه‌ها در دو گروه در سطح خرج برابر دخل و خرج کمتر از دخل قرار داشت که این یافته همسو با مطالعه‌ی ذوالقاری و همکاران (۲۰۱۳) می‌باشد (۱۴). طبق مطالعه‌ی جونز و همکاران (۲۰۱۳)، وضعیت اقتصادی پایین، اختلافات زناشویی از قبیل طلاق و وجود بیمار در خانواده می‌تواند 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 معنی‌دار 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 می‌باشد (۱۰). خودکارآمدی بیمار می‌تواند نقش مهم و تعیین‌کننده در بروز رفتار تبعیت از محدودیتهای تغذیه‌ای مختص این بیماران داشته باشد و هم‌جنین می‌تواند سبب بهبود رفتارهای خودمراقبی نیز در این بیماران شود (۱۰، ۱۸). لذا در این مطالعه، گروهی که خودکارآمدی پایین دارد، رفتار تبعیت از محدودیتهای 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 محدودیتهای رژیم غذایی و مایعات وجود دارد. بدین صورت بیمارانی که از خودکارآمدی بالایی برخوردار بودند، نگرش و رفتار مطلوب در جهت تبعیت از این محدودیتهای داشتند (۱۶).

با توجه به اینکه خودکارآمدی به عنوان تعیین‌کننده قطعی تغییر رفتار بهداشتی در نظر گرفته می‌شود. تغییر رفتار بهوسیله‌ی حس کنترل افراد تسهیل می‌شود. اگر افراد بر این باور باشند که می‌توانند فعالیتی در جهت حل مشکل انجام دهنند، احساس تمایل و تعهد بیشتری را در انجام آن دارند. (۲۳، ۲۲).

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.iranesrd.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, Moghamnia 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, Mahdavifar 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)