مقاله پژوهشی

بررسی قدرت پیش‌گویی کنندگی تبعیت از درمان بر کیفیت زندگی در بیماران مرحله‌ی انتهایی بیماری کلیوی تحت همودیالیز مراکز آموزشی درمانی شهرستان ارومیه در سال ۱۴۰۲

منصور حیدرزاده[۱]، فریبا حسین‌زادگان*[۲]، نادر آقاخانی[۳]، وحید علی‌نژاد[۴]

تاریخ دریافت ۱۴۰۳/۰۵/۲۳ تاریخ پذیرش ۱۴۰۳/۰۹/۱۰

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: همودیالیز یکی از درمان‌های جایگزین در نارسایی کلیوی است. یکی از مشکلاتی گزارش‌شده در بین بیماران تحت همودیالیز، عدم تبعیت بیماران از درمان است. لذا این مطالعه باهدف تعیین قدرت پیش‌گویی کنندگی تبعیت از درمان بر کیفیت زندگی در بیماران مرحله‌ی انتهایی بیماری کلیوی تحت همودیالیز مراکز آموزشی درمانی شهرستان ارومیه در سال ۱۴۰۲ انجام شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-همبستگی است که با مشارکت ۲۰۰ نفر از بیماران دیالیزی واجد شرایط ورود به مطالعه انجام شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه تبعیت از درمان بیماران در مرحله انتهایی نارسایی کلیه (ESRD_AQ) فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران کلیوی (KDQOL-SF) استفاده شد. داده‌های جمع‌آوری‌شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ و با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی (تی تست، آنالیز واریانس یک‌طرفه، ضریب همبستگی پیرسون/ و رگرسیون خطی) تجزیه‌وتحلیل شد.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار تبعیت از درمان، کیفیت زندگی در بیماران تحت همودیالیز شرکت‌کننده در این مطالعه به ترتیب ۱۲۲/۵۸ ± ۹۳۹/۳۷ (از دامنه‌ی ۱۲۰۰-۰)، ۴/۴ ± ۵۳/۰۶ (از دامنه‌ی ۱۰۰ – ۰) بود. نتایج آزمون‌های همبستگی نشان داد که بین تبعیت از درمان و کیفیت زندگی (r =۰/۱۶۵ و p=۰/۰۴۱) ارتباط آماری مثبت و معنی‌داری وجود داشت. نتایج رگرسیون خطی نشان داد که تبعیت از درمان دارای تأثیر معنی‌دار بر کیفیت زندگی داشته و می‌تواند آن را پیش‌بینی نماید.

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه‌ی حاضر حاکی از سطح متوسط تبعیت از درمان و کیفیت زندگی در بیماران موردمطالعه است. علاوه بر این کیفیت زندگی در این بیماران با تبعیت از درمان در ارتباط است. بنابراین می‌توان از طریق کنترل عوامل مؤثر بر تبعیت از درمان و نیز از طریق راهکارهایی مانند آموزش و مشاوره و ارتقاء سطح تبعیت از درمان کیفیت زندگی را در این بیماران بهبود بخشید و از عوارض بیماری و مشکلات این افراد کاست و هزینه‌های بستری و بار تحمیلی مالی و جانی وارد بر سیستم نظام سلامت را کاهش داد.

کلیدواژه‌ها: تبعیت از درمان، همودیالیز، کیفیت زندگی، نارسایی کلیه

مجله پرستاری و مامایی، دوره بیست و دوم، شماره هشتم، پی‌درپی ۱۸۱، آبان ۱۴۰۳، ص ٦٥٤-٦٤٤

آدرس مکاتبه: دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران تلفن: ۰۴۴۳۲۲۳۴۸۹۷

Email: f.hosseinzadegan62@gmail.com

مقدمه

با رشد فنّاوری و اطلاعات پزشکی طول عمر انسان افزایش‌یافته و بسیاری از بیماری‌ها که در گذشته کشنده بودند، امروزه به شکل مزمن مشاهده‌شده و بزرگ‌ترین مشکل در سیستم‌های مراقبت بهداشتی می‌باشند (۱). بیماری مزمن ازنظر تعاریف سازمان بهداشت جهانی[۱]، بیماری است که طولانی‌مدت و ناتوان‌کننده بوده و همراه با پاتولوژی غیرقابل درمان است (۲). با تغییر سیمای سلامت در دو دهه‌ی اخیر در جهان و ایران و تغییر الگوی بیماری‌های کشور، روند

[۱] دانشجوی کارشناسی ارشد داخلی جراحی پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

[۲] استادیار پرستاری، گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

[۳] دانشیار پرستاری، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

[۴] استادیار آمار زیستی، مرکز تحقیقات ایمنی بیمار، پژوهشکده تحقیقات بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ایران

[1] World Health Organization (WHO)

رو به افزایش بیماری‌های مزمن ازجمله بیماری‌های کلیوی قابل‌مشاهده است (۳). نارسایی مزمن کلیه یک فرآیند پاتوفیزیولوژیک با علل متعدد است که منجر به کاهش غیرقابل‌برگشت تعداد و عملکرد نفرون‌ها شده و به‌عنوان وجود آسیب کلیوی یا میزان فیلتراسیون گلومرولی[2] (GFR)کمتر از ۶۰ میلی‌لیتر در دقیقه/ به ازای ۱/۷۳ مترمربع از سطح بدن، بدون توجه به علت و برای ۳ ماه یا بیشتر تعریف می‌شود (۴). نارسایی مزمن کلیوی ازجمله بیماری‌های مزمن است که درنهایت به مرحله انتهای بیماری کلیوی[3] (ESRD) منتهی شده و نیازمند انجام یکی از درمان‌های جایگزین کلیه شامل دیالیز یا پیوند کلیه است (۵). هدف از انجام همویالیز، خارج کردن مواد اضافی و حفظ هموستاز محیط داخلی بدن است. پایه و اصول همودیالیز مشابه سایر روش‌های دیالیز و بر مبنای فیزیکی انتشار از طریق غشای نیمه‌تراوا استوار است (۶). اگرچه همودیالیز باعث بهبود سلامتی و افزایش طول عمر بیماران نارسایی مزمن کلیه می‌شود، ولی سیر بیماری را تغییر نداده و به‌طور کامل جایگزین عملکرد کلیه‌ها نمی‌شود. علاوه بر این همودیالیز با بروز عوارض حاد (افت فشارخون و/ یا اسپاسم عضلانی) و مزمن (کم‌خونی و هپاتیت ویروسی B و C) همراه است. همچنین این بیماران اغلب از احساس عدم آزادی، وابستگی به خویشاوندان، اختلال در زندگی خانوادگی و اجتماعی و شغلی رنج می‌برند. خستگی، بی‌حالی، ناتوانی، کاهش میل جنسی و حتی افسردگی شدید همراه با زمان طولانی همودیالیز می‌تواند کیفیت زندگی آن‌ها را کاهش دهد (۷).

از مشکلات بیماران تحت همودیالیز نحوه‌ی تبعیت[4] آن‌ها از درمان است. تبعیت از درمان به معنی پیروی از توصیه‌های مراقبین بهداشتی درمانی (رژیم غذایی دریافت داروها و..) است (۸). تبعیت از رژیم غذایی و دارویی در بیماران همودیالیزی از اهمیت بالایی برخوردار بوده و می‌تواند نقش مهمی در بهبود سطح سلامت و احساس خوب بودن آن‌ها داشته باشد. این در حالی است که عدم تبعیت از رژیم‌درمانی در بیماران همودیالیزی نسبتاً شایع بوده و تعدادی از این بیماران از رژیم‌درمانی و برخی از جنبه‌های رژیم غذایی تبعیت نمی‌کنند (۹). بیماران دیالیزی خود معتقد هستند که از رژیم‌درمانی خود به‌طور کامل تبعیت نمی‌کنند (۱۰). فرآیند همودیالیز بدون تبعیت از رژیم غذایی و درمان دارویی مناسب از کارایی بالایی برخوردار نیست و بیماران با مشکلات ثانویه گوناگونی روبرو می‌شوند (۱۱). برای مثال عدم استفاده از داروهای مهارکننده فسفات باعث افزایش سطح سرمی فسفات و هیپرپاراتیروئیدیسم ثانویه و کلسیفیکاسیون عروقی می‌شود. عدم پیروی از رژیم مایعات که جزئی از رژیم غذایی است نیز منجر به افزایش وزن بین دو جلسه دیالیز و بروز عوارضی مانند گرفتگی عضلانی، کوتاهی نفس، سرگیجه، اضطراب، نگرانی، آدم ریه و نارسایی قلبی و افزایش شدید فشارخون می‌گردد. (۱۲). یک مطالعه مروری نظام‌مند در ایران نشان می‌دهد که بیماران همودیالیزی تبعیت از رژیم دارویی مناسبی ندارند (۱۳). چنین رویکردی می‌تواند زمینه فرهنگی داشته و پیامد عادات رفتاری ویژه در مردم باشد؛ همان‌طور که مشخص است رفتارهای بهداشتی افراد تا حد زیادی ریشه در بسترهای اجتماعی و فرهنگی ازجمله باورها و رفتارهای خود مراقبتی آنان دارد (۱۴). اکثر بیماران به دلیل نیاز به همودیالیز طولانی‌مدت معمولاً سه بار در هفته غالباً دچار مشکلاتی ازجمله وضعیت تغذیه نامطلوب می‌شوند، درنتیجه همه این عوامل باعث ایجاد عوارضی، مانند کاهش کیفیت زندگی می‌شود (۱۵). امروزه به‌طور وسیع از مفهوم کیفیت زندگی به‌عنوان یک پیامد مهم بالینی برای ارزیابی سودمندی و اثربخشی درمان و مراقبت از بیماران تحت درمان با همودیالیز و به‌عنوان مبنایی برای اتخاذ تصمیمات بالینی استفاده می‌شود (۱۶). مفهوم کیفیت زندگی کمک می‌کند تا مشکلات بیماران به‌طور بنیادی‌تر موردتوجه قرار گیرد. وقتی هدف از مراقبت، ساختن زندگی راحت، عملکردی و رضایت‌بخش برای بیمار است، اهمیت مطالعه کیفیت زندگی در بیماری‌های مزمن، افزایش می‌یابد، بنابراین بهبود کیفیت زندگی یکی از اهداف اصلی مراقبت از بیماران تحت همودیالیز است (۱۷). کیفیت زندگی، مفهوم وسیعی است که حوزه‌های مختلف زندگی همچون وضعیت مالی، کار، عشق، مذهب، سلامت جسمی، روانی و اجتماعی را در بر می‌گیرد (۱۸). کوانسری[5] طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی را عبارت از تصور فرد از موقعیت خود در زندگی با توجه به بافت فرهنگی و سیستم‌های ارزشی که در آن به سر می‌برد همراه با در نظر گرفتن مواردی همچون اهداف، انتظارات، استانداردها و نگرانی‌های فردی، گزارش کرده است (۱۹).

با توجه به اینکه تبعیت از درمان ازجمله عوامل مؤثر در بهبود کیفیت زندگی مطرح شده است که تأثیرپذیر از بینش فردی، فرهنگ، اقتصاد و خصوصیات جامعه‌ای است که فرد در آن زندگی می‌کند. اکثریت مطالعات صورت گرفته در این زمینه نشان‌دهنده چالش‌های متعدد و ضعف در حوزه‌های تبعیت از درمان، و کیفیت زندگی بیماران همودیالیز است (۲۰ و ۲۱)، لذا مطالعه‌ی حاضر باهدف تعیین قدرت پیش‌گویی کنندگی تبعیت از درمان بر کیفیت زندگی در بیماران مراجعه‌کننده به مراکز آموزشی درمانی شهرستان ارومیه در سال ۱۴۰۲ انجام شد.

[2] Glomerular filtration rate (GFR)
[3] End Stage Renal Disease (ESRD)
[4] Adherence
[5] Quansri

مواد و روش کار

مطالعه‌ی حاضر یک مطالعه‌ی توصیفی - همبستگی است که به‌منظور تعیین قدرت پیش‌گویی کنندگی تبعیت از درمان بر کیفیت زندگی در بیماران مراجعه‌کننده به بخش همودیالیز بیمارستان‌های آموزشی شهر ارومیه (بیمارستان امام خمینی (ره)، بیمارستان طالقانی) در سال ۱۴۰۲ انجام شد. برای تعیین حجم نمونه از مطالعه‌ی نادری‌فر و همکاران (۷) استفاده شد که با در نظر گرفتن

خطای نوع اول ۰/۰۵ و توان آزمون ۸۰ درصد و مقدار همبستگی برآورد شده برابر ۰/۲۱۸ حجم نمونه با استفاده از فرمول ۱۶۳ نفر به دست آمد که به ۲۰۰ نفر افزایش یافت.

$$n = \frac{\left(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1\ \beta}\right)^2}{(\omega)^2} + 3$$

$$\omega = \frac{1}{2} Ln \frac{1+r}{1-r} = \frac{1}{2} Ln \frac{1+0.218}{1-0.218} = 0.221$$ =1/2Ln1+r/1-r=1/2Ln1+0.218/1-0.218 = 0.221

$$n = \frac{(1.96 + 0.842)^2}{(0.221)^2} + 3 = 163$$

در این مطالعه به‌منظور گردآوری داده‌ها از فرم اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه تبعیت از درمان بیماران در مرحله انتهایی نارسایی کلیه (ESRD_AQ)فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران کلیوی (KDQOL_SF) استفاده شد. پس از تأیید کمیته اخلاق با شناسه IR.UMSU.REC.1400.265 و مجوز کتبی از دانشگاه علوم پزشکی ارومیه با بخش همودیالیز مراکز آموزشی - درمانی ارومیه و ارائه مجوزهای لازم و تأیید آن توسط مراجع ذی صلاح و پس از هماهنگی با مسئولین انجمن مرکز مذکور بر اساس معیارهای ورود تعداد ۲۰۰ نفر از بیماران به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و برای جمع‌آوری داده‌ها از روش حضوری استفاده شد. پرسشنامه دموگرافیک توسط محقق و با انجام مرور متون طراحی شده و شامل متغیرهای سن، جنسیت، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت اقتصادی، علت نارسایی کلیه، سابقه بیماری دیگر، محل سکونت، شغل، مدت ابتلا به نارسایی مزمن کلیه، مدت دیالیز و تعداد دفعات دیالیز در هفته بود.

پرسشنامه تبعیت از درمان در بیماران در مرحله‌ی انتهایی نارسایی کلیوی[6]((ESRD-AQ)) در سال ۲۰۱۰ توسط کیم[7] و همکارانش طراحی گردید. کمترین نمره‌ی پرسشنامه صفر و بیشترین امتیاز کسب‌شده ۱۲۰۰ است. کسب نمره‌ی بالاتر در این پرسشنامه نشان‌دهنده‌ی تبعیت بهتر از درمان است که درنهایت بر اساس طیف لیکرتی دسته‌بندی می‌شود (۱۱). این پرسشنامه در مطالعه‌ی رفیعی و همکاران (۲۰۱۸) و با اصول and backward forward به‌وسیله یک فرد مسلط به زبان فارسی و انگلیسی ترجمه شده است (۹) .در مطالعه‌ی حاضر پایایی پرسشنامه ESRD-AQ بررسی و ضریب آلفای کرونباخ برای آن ۰/۸۹ به دست آمد، که قابل‌قبول است.

رایج‌ترین و بهترین ابزار اختصاصی برای سنجش کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی پرسشنامه فرم کوتاه کیفیت زندگی بیماری کلیوی[8] (KDQOL-SF) است، که یک ابزار خودگزارشی است که شامل آیتم‌های فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی به همراه سایر آیتم‌های هدفمند و اختصاصی جهت سنجش ابعاد زندگی بیماران کلیوی است. این ابزار توسط هایز[9]و همکاران (۱۹۹۴) در ایالات‌متحده طراحی شده است (۲۲). این پرسشنامه توسط یکانی نژاد و همکاران (۲۰۱۲) با روش ترجمه روبه‌جلو به فارسی ترجمه شده است (۲۳). آخرین نسخه آن شامل ۴۳ آیتم مربوط به کیفیت زندگی در رابطه با بیماران کلیوی و ۳۶ آیتم آن مربوط به سلامت عمومی است. در این پرسشنامه نمره هر آیتم از صفر تا صد است به‌طوری‌که نمره (۰-۳۰) ضعیف، نمره (۳۱-۶۰) متوسط و نمره (۶۱-۱۰۰) خوب است که نمره بالاتر نشان‌دهنده‌ی کیفیت زندگی بهتر است (۲۴). در مطالعه‌ی حاضر پایایی پرسشنامه KDQOL-SF بررسی و ضریب آلفای کرونباخ برای ابعاد عمومی و اختصاصی آن در محدوده ۰/۸۵ تا ۰/۹۵ به دست آمد، که قابل‌قبول است. داده‌های گردآوری شده و با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفتند. بعد از آنالیز داده‌ها و بررسی نرمال بودن داده‌ها با توجه به آزمون کولموگروف_اسمیرنوف از شاخص‌های آمار توصیفی در قالب جدول و نمودار استفاده شده و برای گزارش آماری داده‌ها از آزمون تی مستقل برای مقایسه متغیرهای دو گروهی و از آنالیز واریانس یک‌طرفه نیز برای مقایسه متغیرهای چند گروهی استفاده شد. برای بررسی ارتباط بین متغیرها از آزمون همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون خطی استفاده گردید. برای آزمون فرضیات سطح معنی‌داری ۰/۵۰ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۲۰۰ نفر از بیماران تحت همودیالیز مراجعه‌کننده به بخش دیالیز بیمارستان‌های آموزشی ارومیه در سال ۱۴۰۲ که واجد شرایط ورود به مطالعه بودند انتخاب شدند. میانگین

[6] The End-Stage Renal Disease Adherence Questionnaire (ESRD-AQ)
[7] Kim
[8] Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF)
[9] Hays

سنی شرکت‌کنندگان در مطالعه حاضر ۱۲/۹۱ ± ۵۲/۷۵ بود. اکثریت مشارکت‌کنندگان این مطالعه؛ زن (۵۷/۵ درصد)، متأهل (۹۹/۵ درصد)، میزان تحصیلات زیر دیپلم (۶۹/۵ درصد)، شغل آزاد (۴۷ درصد)، وضعیت اقتصادی؛ کمتر از مخارج (۸۹/۵ درصد)، بیشترین علت نارسایی کلیه؛ فشارخون (۶۸/۵ درصد)، با سابقه بیماری‌های دیگر (۸۶/۵ درصد) و تعداد دفعات دیالیز؛ سه بار در هفته (۹۶ درصد) بودند.

جدول (۱): مشخصات فردی و اجتماعی بیماران تحت همودیالیز شرکت‌کننده در مطالعه‌ی حاضر

متغیر	طبقه	فراوانی	درصد
جنس	مرد	۸۵	۴۲/۵
	زن	۱۱۵	۵۷/۵
وضعیت تأهل	مجرد	۱۹	۹/۵
	متأهل	۱۸۱	۹۰/۵
میزان تحصیلات	بی‌سواد	۴	۲/۰
	زیر دیپلم	۱۳۹	۶۹/۵
	دیپلم	۴۹	۲۴/۵
	تحصیلات دانشگاهی	۸	۴/۰
شغل	خانه‌دار	۸۴	۲۴/۰
	شغل آزاد	۹۴	۴۷/۰
	کارمند/ بازنشسته	۲۲	۲۴/۰
وضعیت اقتصادی	کمتر از مخارج	۱۷۹	۸۹/۵
	برابر با مخارج	۲۰	۱۰/۰
	بیشتر از مخارج	۱	۰/۵
محل سکونت	شهر	۱۷۴	۸۷/۰
	روستا	۲۶	۱۳/۰
علت نارسایی کلیه	دیابت	۳۷	۱۸/۵
	فشارخون	۱۳۷	۶۸/۵
	کلیه پلی کیستیک	۲۲	۱۱/۰
	سایر علل	۴	۱/۰
سابقه بیماری‌های دیگر	بله	۱۷۳	۸۶/۵
	خیر	۲۷	۱۳/۵
تعداد دفعات دیالیز در هفته	۳ بار	۱۹۲	۹۶/۰
	۴ بار	۸	۴/۰

متغیر	میانگین و انحراف معیار	حداقل	حداکثر
سن	۱۲/۹۱ ± ۵۲/۷۵	۱۸	۷۸
مدت‌زمان ابتلا به نارسایی کلیه	۴/۴۱ ± ۸/۰۴	۱	۱۸
طول درمان با روش همودیالیز	۴/۱۵ ± ۷/۳۰	۱	۱۸

همان‌طور که جدول شماره (۲) نشان می‌دهد ۱۴۳ نفر (۷۱/۵ درصد) از بیماران موردپژوهش دارای تبعیت از درمان متوسط، ۱۴/۰ درصد دارای تبعیت از درمان ضعیف و ۱۴/۵ درصد دارای تبعیت از درمان خوب بودند.

جدول (۲): طبقه‌بندی افراد بر اساس میزان تبعیت از درمان

نمره	تبعیت از درمان	تعداد (درصد)
کمتر از ۸۲۲	ضعیف*	۲۸ (۱۴/۰)
۸۲۲-۱۰۶۳	متوسط*	۱۴۳ (۷۱/۵)
بالاتر از ۱۰۶۳	خوب*	۲۹ (۱۴/۵)

- یک انحراف معیار بالاتر (۱۲۱/۵) و پایین‌تر از میانگین (۹۴۳/۶) نمره‌ی کل تبعیت از درمان به‌عنوان سطح تبعیت از درمان متوسط، نمرات پایین‌تر از انحراف معیار میانگین به‌عنوان تبعیت از درمان ضعیف و نمرات بالاتر از انحراف معیار میانگین به‌عنوان تبعیت از درمان خوب در نظر گرفته شد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میانگین نمره تبعیت از درمان در بیماران مبتلا به نارسایی کلیوی تحت همودیالیز مشارکت‌کننده در مطالعه‌ی کنونی تنها برحسب متغیرهای دموگرافیک جنس (P = ۰/۰۴۲) و سابقه بیماری‌های دیگر (P = ۰/۰۱۶) تفاوت آماری معنی‌داری داشت و میانگین نمره تبعیت از درمان به ترتیب در خانم‌ها و در افرادی که دارای سابقه‌ی بیماری‌های دیگری بودند، به‌طور معنی‌داری بالاتر بود. همچنین نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میانگین نمره‌ی کلی کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به نارسایی کلیوی مشارکت‌کننده در مطالعه‌ی کنونی برحسب متغیره‌ای دموگرافیک وضعیت تأهل، تحصیلات، سابقه‌ی بیماری‌های دیگر و تعداد دفعات دیالیز در هفته؛ تفاوت آماری معنی‌دار داشت و میانگین نمره‌ی شاخص اختصاصی زندگی در افراد متأهل و افرادی که ۳ بار در هفته دیالیز می‌شدند به‌طور معنی‌داری بالاتر بود.

جدول شماره (۳) ارتباط بین متغیرهای تبعیت از درمان و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی کلیوی تحت همودیالیز را نشان می‌دهد. نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره‌ی کلی تبعیت از درمان و ابعاد بار بیماری کلیوی (r = ۰/۱۷۱ و p = ۰/۰۲۱)، کیفیت روابط اجتماعی (r = ۰/۱۸ و p = ۰/۰۱۵)، حمایت اجتماعی (r =۰/۲۰۶ و p = ۰/۰۰۶)، عملکرد فیزیکی (r =۰/۳۰۹ و p = ۰/۰۰۱)، محدودیت نقش به علت مشکلات جسمانی (r =۰/۱۷ و p = ۰/۰۲۲) و سلامت روان (r =۰/۲۷۴ و p = ۰/۰۰۱) ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت. علاوه بر این نتایج نشان داد که میانگین نمره کل تبعیت از درمان با نمره کل شاخص اختصاصی کیفیت زندگی (r =۰/۱۷۷ و p = ۰/۰۳۶)، نمره کل شاخص عمومی کیفیت زندگی بیماران کلیوی (r =۰/۱۸۲ و p = ۰/۰۱۴) و نمره‌ی کل کیفیت زندگی بیماران کلیوی (r =۰/۱۶۵ و p = ۰/۰۴۱) همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود داشت.

جدول (۳): ارتباط بین متغیرهای تبعیت از درمان و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به نارسایی کلیوی

متغیر		تبعیت از درمان	
		r	P-value
شاخص اختصاصی کیفیت زندگی بیماران کلیوی	علائم و لیست مشکلات	۰/۱۰۳	۰/۱۶۹
	اثر بیماری کلیوی	۰/۰۱۳	۰/۸۶
	بار بیماری کلیوی	۰/۱۷۱	۰/۰۲۱
	عملکرد شغلی	۰/۰۵	۰/۵
	عملکرد شناختی	۰/۰۶۷	۰/۳۷
	کیفیت روابط اجتماعی	۰/۱۸	۰/۰۱۵
	عملکرد جنسی	۰/۰۳۴	۰/۶۵
	خواب	۰/۱۴۱	۰/۰۵۸
	حمایت اجتماعی	۰/۲۰۶	۰/۰۰۶
	تشویق کارکنان دیالیز	۰/۲۲۲	۰/۰۰۳

متغیر		تبعیت از درمان	
		r	P-value
	رضایت بیمار	۰/۱۹۲	۰/۰۱
	وضعیت کلی سلامت	۰/۱۰۳	۰/۱۶۹
	نمره کل	۰/۱۷۷	۰/۰۳۶
شاخص عمومی کیفیت زندگی بیماران کلیوی	عملکرد فیزیکی	۰/۳۰۹	۰/۰۰۱
	محدودیت نقش به علت مشکلات جسمانی	۰/۱۷	۰/۰۲۲
	محدودیت نقش به علت مشکلات روحی	۰/۰۲۳	۰/۷۶
	انرژی/ خستگی	۰/۱۷۳	۰/۰۲۱
	سلامت روان	۰/۲۷۴	۰/۰۰۱
	عملکرد اجتماعی	۰/۰۶۵	۰/۳۸۷
	درد	۰/۱۴۲	۰/۰۵۷
	سلامت عمومی	۰/۰۸۸	۰/۲۴
	نمره کل	۰/۱۸۲	۰/۰۱۴
نمره‌ی کل کیفیت زندگی بیماران کلیوی		۰/۱۶۵	۰/۰۴۱

طبق جدول شماره ۴ برای پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران کلیوی بر اساس تبعیت از درمان از رگرسیون خطی استفاده شده است. نتایج نشان داد که مدل رگرسیونی معنی‌دار است (p < ۰/۰۵). نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که تبعیت از درمان می‌تواند تقریباً ۱۰ درصد واریانس نمره‌ی کلی کیفیت زندگی را پیش‌بینی نماید. در تفسیر این یافته این‌گونه مطرح می‌شود که با افزایش یک انحراف استاندارد در نمره تبعیت از درمان، نمره کیفیت زندگی تقریباً ۰/۱۷ انحراف استاندارد افزایش خواهد یافت.

جدول (۴): نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیری برای پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران کلیوی از طریق تبعیت از درمان

متغیرهای پیش‌بین	B	SE	Beta	T	P
مقدار ثابت	۵۶/۹۸	۴/۸۲	-	۱۱/۸	۰/۰۰۰
تبعیت از درمان	۰/۰۰۳	۰/۰۰۳	۰/۱۶۹	۲/۹۴	۰/۰۰۲
توجه			R=۰/۱۶۵	R^2=/۰۹۷	ADJ.R^2= ۰/۰۹۲

بحث

مطالعه‌ی حاضر یک مطالعه‌ی توصیفی - همبستگی است که باهدف تعیین قدرت پیشگویی‌کنندگی تبعیت از درمان با کیفیت زندگی و کفایت همودیالیز و با مشارکت ۲۰۰ نفر از بیماران مراجعه‌کننده به بخش همودیالیز بیمارستان‌های آموزشی شهر ارومیه در سال ۱۴۰۲ انجام شد. میانگین و انحراف معیار نمره کل تبعیت از درمان در بیماران شرکت‌کننده در مطالعه‌ی کنونی در حد متوسط بود. علاوه بر این اکثریت مشارکت‌کنندگان دارای سطح متوسطی از تبعیت از درمان بودند. این نتایج با یافته‌های مطالعه‌ی رفیعی وردنجانی و همکاران (۲۰۱۴) که با هدف تعیین وضعیت تبعیت از درمان و کفایت دیالیز در بیماران همودیالیزی مراجعه‌کننده به مرکز همودیالیز هاجر (س) شهرکرد و با استفاده از پرسشنامه‌ی تبعیت از درمان بیماران در مرحله انتهایی نارسایی کلیه (ESRD-AQ) انجام شده است، هم‌راستا است (۲۰). در مطالعه‌ی تاپا و همکاران[1] (۲۰۲۱) نیز که با هدف ارزیابی کیفیت زندگی و پایبندی به درمان در بیماران تحت همودیالیز و با استفاده از پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی بیماری کلیوی (KDQOL) و پرسشنامه‌ی پایبندی بیماری کلیوی مرحله پایانی (ESRD-AQ) انجام شده، بیش از نیمی از بیماران پایبندی متوسط به درمان داشته‌اند، که هم‌سو با نتایج ما است (۲۵). در مطالعه‌ی نادری‌فر و همکاران (۲۰۱۸) نیز که با هدف تعیین ارتباط کیفیت زندگی و پایبندی به درمان در بیماران همودیالیزی مراجعه‌کننده به مراکز

[1] Tapa et al.

همودیالیز وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و با استفاده از پرسشنامه‌های KDQOL-SF و ESRD-AQ انجام شده بود، وضعیت پایبندی به درمان برای اکثر بیماران در سطح متوسط بود (۷)، که در راستای نتایج مطالعه‌ی ما است. در پژوهش مسرور رودسری و همکاران (۲۰۱۳) بیشتر بیماران پیروی از رژیم‌درمانی نسبتاً مطلوب داشتند (۲۶)، ولی در مطالعه‌ی طاهری خرامه و همکاران (۲۰۱۶) و مطالعه هاشمی و همکاران (۲۰۱۵) درصد کمی از بیماران پیروی از درمان بالا داشتند (۲۷و ۲۸). به نظر می‌رسد وجود تفاوت‌های چشم‌گیر در نتایج مطالعات مربوط به میزان تبعیت از درمان در جوامع مختلف توجیه‌پذیر باشد، چراکه پیروی از درمان برآیند عوامل متعددی شامل ویژگی‌های جمعیت شناختی و روان‌شناختی بیماران، عوامل مربوط به کادر درمان و مراقبت، عوامل مربوط به بیماری و نهایتاً شرایط اقتصادی و اجتماعی مؤثر بر تبعیت از رژیم‌درمانی باشد که در جامعه بیماران تحت مطالعه در این پژوهش مجموع عوامل موجب شده میزان تبعیت از حد متوسط بالاتر نرود.

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که میانگین نمره تبعیت از درمان برحسب سن، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، میزان درآمد و علت ایجاد نارسایی کلیه در بیماران تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت که این نتایج با یافته‌های مطالعه‌ی رفیعی و همکاران (۲۰) و همچنین مدیروس و همکاران[2] (۲۰۱۷) هم‌خوانی دارد (۲۹). در مقابل خلیلی و همکاران در مطالعه‌ی خود نشان دادند که با افزایش سن میزان تبعیت از درمان افزایش می‌یابد که با نتایج پژوهش حاضر همخوانی ندارد (۳۰). در توجیه این اختلاف می‌توان به متفاوت بودن سن بیماران موردپژوهش اشاره کرد. در پژوهش فوق‌الذکر تنها بیماران سالمند دیالیزی موردبررسی قرار گرفتند.

در مطالعه نادری‌فر و همکاران (۲۰۱۸) که با هدف تعیین کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی مراجعه‌کننده به مراکز همودیالیز وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و ارتباط آن با تبعیت از درمان و با استفاده از پرسشنامه‌ی KDQOL-SF انجام شده، کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی تقریباً مطلوب گزارش شده است (۷). نتایج این مطالعات با یافته‌های مطالعه‌ی کنونی هم‌سو است.

برخلاف نتایج مطالعه‌ی کنونی، فروکتوزو و همکاران[3] (۲۰۱۱) در تحقیق خود بیان داشتند که میانگین نمره کیفیت زندگی افراد تحت درمان با همودیالیز کمتر از نمره نرمال بوده و بیانگر کیفیت زندگی پایین این افراد است (۳۱). مازایراک و همکاران[4] (۲۰۲۱) در مطالعه‌ی خود که بر روی ۵۷۰ بیمار هلندی نشان دادند که کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی در محدوده نرمال بوده است (۳۲). علاوه بر این، تانیتا و همکاران[5] در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که کیفیت زندگی در بیماران همودیالیزی نسبتاً بالا است (۳۳). همچنین در مطالعه‌ی الجومیاه و همکاران[6] که در عربستان سعودی انجام شد، میانگین نمره‌ی کلی کیفیت زندگی در بیماران همودیالیزی بالا بود و درمجموع، بیماران از کیفیت زندگی مناسبی در تمام ویژگی‌های جسمانی و جسمانی برخوردار بودند (۳۴). از دلایل این تفاوت می‌توان به اختلاف در سطح رفاه نمونه‌های موردمطالعه در کشورهای مختلف اشاره نمود، وگرنه پایین بودن کیفیت زندگی بیماران دیالیزی با توجه به عملکردهای اساسی کلیه‌ها و نتایج ناشی از نبود آن‌ها و نیز عوارض درمان دیالیز قابل‌انتظار است.

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که بین نمره‌ی کلی تبعیت از درمان و ابعاد بار بیماری کلیوی، کیفیت روابط اجتماعی، حمایت اجتماعی، عملکرد فیزیکی، محدودیت نقش به علت مشکلات جسمانی و سلامت روان ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت. علاوه بر این نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میانگین نمره کل تبعیت از درمان با نمره کل شاخص اختصاصی کیفیت زندگی، نمره کل شاخص عمومی کیفیت زندگی بیماران کلیوی و نمره‌ی کلی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی کلیوی تحت درمان با همودیالیز همبستگی مثبت و معنی‌داری داشت.

مشابه با یافته‌های پژوهش حاضر، در مطالعه‌ی تاپا و همکاران (۲۰۲۱) ارتباط معنی‌داری بین کیفیت زندگی و پایبندی به درمان گزارش شده است (۲۵). هولت و همکاران نیز در مطالعه‌ای با عنوان "کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی و تبعیت از داروهای ضد فشارخون در افراد مسن" نشان دادند که در این بیماران کیفیت زندگی با تبعیت از داروهای ضد فشارخون مرتبط است (۳۵).

کیم و سو[7] نیز در مطالعه خود که در راستای توسعه مدل پیش‌بین برای کیفیت زندگی در بیماران تحت پیوند کلیه انجام داده بودند، تبعیت از درمان را به‌عنوان یکی از متغیرهای پیش‌بین معرفی نمودند که در مطالعه حاضر نیز مشخص گردید که تبعیت از درمان می‌تواند ده درصد از کیفیت زندگی بیماران را پیش‌بینی نماید (۳۶).

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که میانگین نمره‌ی کلی تبعیت از درمان و میانگین نمره کلی کیفیت زندگی در حد متوسطی است.

[2] Medeiros et al.
[3] Fructuoso et al.
[4] Mazairac el al.
[5] Tanita et al.
[6] AL-Jumaih et al.
[7] Kim & So

نتایج آزمون تحلیل رگرسیون نیز نشان داد که میانگین نمرات کلی تبعیت از درمان با میانگین نمرات کلی کیفیت زندگی ارتباط آماری مثبت و معنی‌داری دارد و در حدود ۱۰ درصد می‌تواند کیفیت زندگی را در این بیماران، پیش‌بینی نماید.

با ارتقاء تبعیت از درمان در این بیماران، متغیرهای کیفیت زندگی بهبود خواهند یافت و منجر به ارتقاء سطح سلامت، کاهش میزان بستری‌ها، کاهش میزان هزینه‌ها، کاهش میزان بروز عوارض و در حالت کلی کاهش بار تحمیل‌شده بر سیستم سلامت خواهد شد. پیشنهاد می‌گردد مطالعاتی با حجم نمونه بیشتر، استفاده از روش‌های کیفی برای بررسی کیفیت زندگی این بیماران و همچنین برگزاری دوره‌های آموزشی برای بیماران و خانواده‌های آنان در زمینه ارتقاء تبعیت از درمان، انجام گردد.

محدودیت‌های پژوهشی

عدم همکاری در تکمیل پرسشنامه توسط برخی بیماران که با توضیح اهداف مطالعه سعی در جلب همکاری آن‌ها شد همچنین شرایط روحی روانی بیماران بر اثر عامل روزمره که باعث بی‌حوصلگی و تأثیر بر نحوه‌ی پاسخگویی به پرسشنامه می‌گردید که خارج از کنترل بود.

تشکر و قدردانی

از اساتید محترم، معاونت پژوهشی و تحصیلات تکمیلی، مسئولین و مدیران بیمارستان و پرستارانی که در ارتقا و آماده‌سازی این پژوهش ما را یاری نمودند تشکر و قدردانی می‌کنیم.

حمایت مالی تحقیق

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد رشته پرستاری است که با حمایت‌های مادی و معنوی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی ارومیه انجام شده است.

تعارض منافع

در مطالعه حاضر هیچ تعارض منافعی توسط نویسندگان ذکر نشده است

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه مصوب شورای پژوهشی و کمیته منطقه‌ای اخلاق در پژوهش‌های علوم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه با کد اخلاق IR.UMSU.REC.۱۴۰۰.۲۶۵ است.

References:

1. Reiners F, Sturm J, Bouw LJ, Wouters EJ. Sociodemographic factors influencing the use of eHealth in people with chronic diseases. Int J Environ Res Public Health 2019;16(4):645. https://doi.org/10.3390/ijerph16040645
2. Bernell S, Howard SW. Use your words carefully: what is a chronic disease? Front Public Health 2016;4:159. https://doi.org/10.3389/fpubh.2016.00159
3. Goodman H, Parsons A, Davison J, Preedy M, Peters E, Shuldham C, et al. Randomised controlled trial to evaluate a nurse-led programme of support and lifestyle management for patients awaiting cardiac surgery 'Fit for surgery: Fit for life' study. Eur J Cardiovasc Nurs 2008;7(1):189-95. https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2007.11.001
4. Kalantar-Zadeh K, Jafar TH, Nitsch D, Neuen BL, Perkovic V. Chronic kidney disease. Lancet 2021;398(10302):786-802. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00519-5
5. De Rosa S, Prowle JR, Samoni S, Villa G, Ronco C. Acute kidney injury in patients with chronic kidney disease. Crit Care Nephrol 2019;85-9. https://doi.org/10.1016/B978-0-323-44942-7.00014-5
6. Rodriguez A, Shalhub S. Hemodialysis access: fundamentals and advanced management. Hemodialysis Access 2017;281-8. https://doi.org/10.1007/978-3-319-40061-7_33
7. Naderifar M, Tafreshi MZ, Ilkhani M, Akbarizadeh MR, Ghaljaei F. Correlation between quality of life and adherence to treatment in hemodialysis patients. J Renal Inj Prev 2018;8(1):22-7. https://doi.org/10.15171/jrip.2019.05
8. Al Aamri MM. The relationship between perceived social support and adherence to treatment regimens among patients undergoing hemodialysis: A scoping review. Evid Based Nurs Res 2022;4(1):17-. https://doi.org/10.47104/ebnrojs3.v4i1.231
9. Rafiee L, Shafie Z. Adherence to treatment and dialysis adequacy in hemodialysis patients referred to dialysis

centers of Hajar, Shahrekord, Iran. J Geriatr Nurs 2018;3(3).

10. Kanagarajah S, Velraja S, Arambakkam HJ. Knowledge, attitude, and practices of renal diets among hemodialysis patients. Biomed Biotechnol Res J 2022;6(1):86-92. https://doi.org/10.4103/bbrj.bbrj_200_21
11. Kim H, Cho MK. Factors influencing self-care behavior and treatment adherence in hemodialysis patients. Int J Environ Res Public Health 2021;18(24):12934. https://doi.org/10.3390/ijerph182412934
12. Salimi Ezzat L, Hanifi N, Dinmohammadi M. Effect of telephone consultation and follow-up on treatment adherence and hemodialysis adequacy in hemodialysis patients. J Mazandaran Univ Med Sci 2018;27(157):157-70.
13. Tayebi A, Einollahi B, Rahimi A, Sirati-Nir M. Non-adherence to treatment among Iranian dialysis patients, a systematic review. Iran J Kidney Dis 2019;13(6):347-61.
14. Seng JJB, Tan JY, Yeam CT, Htay H, Foo WYM. Factors affecting medication adherence among pre-dialysis chronic kidney disease patients: a systematic review and meta-analysis of literature. Int Urol Nephrol 2020;52:903-16. https://doi.org/10.1007/s11255-020-02452-8
15. Pretto CR, Winkelmann ER, Hildebrandt LM, Barbosa DA, Colet CdF, Stumm EMF. Quality of life of chronic kidney patients on hemodialysis and related factors. Rev Latino-Am Enfermagem 2020;28. https://doi.org/10.1590/1518-8345.3641.3327
16. Sharp M, Brown T, Chen ES, Rand CS, Moller DR, Eakin MN. Association of medication adherence and clinical outcomes in sarcoidosis. Chest 2020;158(1):226-33. https://doi.org/10.1016/j.chest.2020.01.026
17. Al Salmi I, Kamble P, Lazarus ER, D'Souza MS, Al Maimani Y, Hannawi S. Kidney disease-specific quality of life among patients on hemodialysis. Int J Nephrol 2021;2021. https://doi.org/10.1155/2021/8876559
18. Tripathi S, Rai R, Van Rompay-Bartels I. Quality of life: an interdisciplinary perspective. CRC Press; 2021. https://doi.org/10.1201/9781003009139
19. Quansri O, Tadros E. Advocating for wellness coaching to enhance quality of life in rehabilitation professionals. Rehabil Prof 2022;30(2).
20. Rafiee Vardanjani L, Parvin N, Mahmoodi Shan GR, Molaie E, Shariati A, Hasheminia MA. Adherence to hemodialysis treatment and some related factors in hemodialysis patients admitted in Shahrekord Hajar hospital. J Clin Nurs Midwifery 2014;2(4):17-25.
21. Dembowska E, Jaroń A, Gabrysz-Trybek E, Bladowska J, Gacek S, Trybek G. Quality of life in patients with end-stage renal disease undergoing hemodialysis. J Clin Med 2022;11(6):1584. https://doi.org/10.3390/jcm11061584
22. Hays RD, Kallich JD, Mapes DL, Coons SJ, Carter WB. Development of the kidney disease quality of life (KDQOL TM) instrument. Qual Life Res 1994;3:329-38. https://doi.org/10.1007/BF00451725
23. Yekaninejad M, Mohammadi Zeidi I, Akaberi A, Golshan A. Validity and reliability of the kidney disease quality of life-short form (KDQOL-SF™ 1.3) in Iranian patients. J North Khorasan Univ Med Sci 2012;4(2):261-72. https://doi.org/10.29252/jnkums.4.2.261
24. Hays RD, Kallich JD, Mapes DL, Coons SJ, Amin N, Carter WB, et al. Kidney disease quality of life short form (KDQOL-SF™), version 1.3: a manual for use and scoring. RAND; 1997.
25. Thapa D, Koirala P, Chaulagain D, Kafle T, Belbase D, Bhagat S. Assessment of quality of life and treatment adherence in patients under maintenance hemodialysis: A cross-sectional study. Birat J Health Sci 2021;6(1):1298-303. https://doi.org/10.3126/bjhs.v6i1.37563
26. Masror-Roudsari D, Dabiri-Golchin M, Parsa-Yekta Z, H H. Relationship between adherence to therapeutic

regimen and health-related quality of life in hypertensive patients. Iran J Nurs 2013;26(85):44-.

27. Hashemi S, Tayebi A, Rahimi A, Einolahi B. Examining the effect of continuous care model on adherence to dietary regimen among patients receiving hemodialysis. Iran J Crit Care Nurs 2015;7(4):215-20.
28. Taheri-Kharameh Z, Hazavehei SMM, Ramezani T, Vahedi A, Khoshro M, Sharififard F. Assessment of illness perception and adherence to therapeutic regimens among patients with hypertension. J Educ Community Health 2016;3(2):9-15. https://doi.org/10.21859/jech-03022
29. Freire de Medeiros CMM, Arantes EP, Tajra RDdP, Santiago HR, Carvalho AF, Libório AB. Resilience, religiosity and treatment adherence in hemodialysis patients: a prospective study. Psychol Health Med 2017;22(5):570-7. https://doi.org/10.1080/13548506.2016.1191658
30. Khalili F, Eslami AA, Farajzadegan Z, Hassanzadeh A. Association between social-psychological factors and treatment adherence behaviors among maintenance hemodialysis patients in Isfahan, Iran: A conceptual framework based on social cognitive theory. J Health Syst Res 2011;7(3):278-90.
31. Fructuoso M, Castro R, Oliveira L, Prata C, Morgado T. Quality of life in chronic kidney disease. Nefrologia 2011;31(1):91-6.
32. Mazairac AH, Grooteman MP, Blankestijn PJ, Lars Penne E, van der Weerd NC, den Hoedt CH, et al. Differences in quality of life of hemodialysis patients between dialysis centers. Qual Life Res 2012;21:299-307. https://doi.org/10.1007/s11136-011-9942-3 https://doi.org/10.1007/s11136-011-9956-x
33. Thaweethamcharoen T, Sakulbumrungsil R, Vasuvattakul S, Nopmaneejumruslers C. Quality of life and hemoglobin levels of hemodialysis patient at Siriraj Hospital. Siriraj Med J 2011;63(1):12-6.
34. Al-Jumaih A, Al-Onazi K, Binsalih S, Hejaili F, Al-Sayyari A. Study of quality of life and its determinants among hemodialysis patients using the KDQOL-SF instrument in one center in Saudi Arabia. Arab J Nephrol Transplant 2011;4(3):125-30. https://doi.org/10.4314/ajnt.v4i3.71024
35. Holt EW, Muntner P, Joyce CJ, Webber L, Krousel-Wood MA. Health-related quality of life and antihypertensive medication adherence among older adults. Age Ageing 2010;39(4):481-7. https://doi.org/10.1093/ageing/afq040
36. Kim HS, So HS. A prediction model development on quality of life in kidney transplant recipients. J Korean Acad Nurs 2009;39(4):518-27. https://doi.org/10.4040/jkan.2009.39.4.518

Nursing and Midwifery Journal, Vol 22 (8), November, 2024

Original Article

THE PREDICTIVE POWER OF TREATMENT ADHERENCE ON QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH END-STAGE RENAL DISEASE UNDERGOING HEMODIALYSIS AT TEACHING HOSPITALS IN URMIA IN 2023

*Mansour Heydarzadeh [1], Fariba Hosseinzadegan [*2], Nader Aghakhani [3], Vahid Alinejad [4]*

Received: 13 August, 2024; Accepted: 30 November, 2024

Abstract

***Background & Aim*:** Hemodialysis is an alternative method for treatment of renal failure. One of the most critical problems reported in dialysis patients is their low Treatment Adherence (TA). This study aimed to determine the predictive power of TA on Quality of Life (QoL) in the patients referred to Urmia teaching hospitals in 2023.

Material & Methods: The present research is descriptive-correlational involving 200 eligible dialysis patients. Data were collected using a demographic information questionnaire, the End-Stage Renal Disease - Adherence Questionnaire (ESRD_AQ), and the Kidney Disease Quality Of Life - Short Form (KDQOL-SF). The data were analyzed using SPSS software version 22.0, employing both descriptive and inferential statistics, including t-tests, one-way analysis of variance, Pearson's correlation coefficient, and linear regression.

***Results*:** The mean and standard deviation of TA and QoL for the patients were 939.37 ± 122.58 (from the range of 0-1200) and 53.06 ± 4.46 (from the range of 0-100), respectively. The results of correlation tests showed that TA has a statistically significant positive correlation with QoL ($r = 0.165$ and $p = 0.041$). Linear regression results show that TA significantly impacts QoL and can be used to predict it.

***Conclusion*:** The results indicated a moderate level of TA and QoL in the studied patients. Additionally, the QoL of these patients is linked to their level of TA. Therefore, improving QoL may be possible by managing the factors that affect TA through education and counseling. This approach could also help reduce disease complications, alleviate challenges these individuals face, lower the costs associated with hospitalization, and ease the financial and human burden on the healthcare system.

Keywords: Adherence to Treatment, Hemodialysis, Quality of Life, Renal Failure

Address: Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran
Tel: +984432754916
Email: f.hosseinzadegan62@gmail.com

This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, as long as the original work is properly cited.

[1] *MSc Student Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran*
[2] *Assistant Professor, Department of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author)*
[3] *Associate Professor, Department of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran*
[4] *Assistant professor of statistics, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran*