ORIGINAL ARTICLE

Exploration the Experiences of Hemodialysis Patients about Drug Consumption: A Content Analysis

Monir Nobahar

Associate Professor, Nursing Care Research Center, Faculty of Nursing and Allied Health, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran

(Received August 30, 2016 ; Accepted October 15, 2016)

Abstract

Background and purpose: In hemodialysis patients, medication prescribed is essential to preserve their health and welfare, but adherence to medications is difficult. The aim of this study was to explain the experiences of patients undergoing hemodialysis about drug consumption.

Materials and methods: A qualitative content analysis was conducted in Kowsar Hospital, Semnan, Iran. Twenty patients were selected using purposive sampling and semi-structured interviews were performed to obtain the relevant information. Data collection and analysis were done using Granheim and Lundman, 2004 content analysis. The accuracy and trustworthiness of the study were determined according to Lincoln and Guba criteria.

Results: The main theme was "lack of adherence to medication" and the following categories: 'factors related to patients" with 'psychological dimensions', 'participation', 'lack of awareness about the benefits of drugs', and ' financial restrictions and frustration' as the sub-categories. "Factors related to medication" with 'challenges in consumption of drugs' as the sub-category. "Factors related to the health care system" with 'shortage of nurses', 'cumbersome adherence to laws and regulations' and 'adequate social support ' as the sub-categories.

Conclusion: Lack of adherence to medication is a modifiable threat to health in hemodialysis patients, therefore, interventions and strategies that can motivate and promote adherence to medication could be of great benefit. So, health care authorities should take appropriate actions to improve patients' management on adherence to medication.

Keywords: medication adherence, patients, hemodialysis, content analysis

J Mazandaran Univ Med Sci 2017; 26 (145): 345-363 (Persian).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-03-29]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره بیست و ششم شماره ۱۴۵ بهمن سال ۱۳۹۵ (۳۶۳-۳۴۵)

تبیین تجربه چگونگی مصرف دارو در بیماران تحت همودیالیز: تحلیل محتوا

منیر نوبهار

چکیده

سابقه و هدف: برای بیماران تحت همودیالیز، مصرف داروی تجویز شده به منظور حفظ سلامتی و رفاه آنان ضروری است، اما پایبندی به مصرف داروها، دشوار است. هدف این مطالعه تبیین تجربه چگونگی مصرف دارو در بیماران تحت همودیالیز بود.

مواد و روش‌ها: این مطالعه با رویکرد کیفی و روش تحلیل محتوا در بخش همودیالیز بیمارستان کوثر سمنان انجام شد. نمونه‌گیری هدفمند بود، ۲۰ شرکت کننده انتخاب شدند و تحت مصاحبه نیمه ساختار یافته قرار گرفتند. تحلیل داده‌ها، هم زمان با جمع‌آوری داده‌ها و بر اساس پنج گام Granheim و Lundman (۲۰۰۴) صورت گرفت. اطمینان از صحت و استحکام تحقیق با استفاده از معیارهای لینکولن و گوبا انجام گرفت.

یافته‌ها: از تحلیل داده‌ها، مضون اصلی "عدم پایبندی به مصرف دارو" انتزاع شد، این مضمون دارای طبقات "عوامل مربوط به بیمار" با طبقات فرعی 'ابعاد روانی'، وضعیت مشارکت'، 'کمبود آگاهی نسبت به فواید دارو' و 'محدودیت‌ها و استیصال مالی'، طبقه "عوامل مربوط به دارو"، با طبقه فرعی 'چالش‌های مصرف دارو'، و طبقه "عوامل مربوط به سیستم مراقبت بهداشتی" دارای طبقات فرعی 'کمبود پرستار'، 'تبعیت از قوانین و مقررات دست و پا گیر' و 'کفایت حمایت اجتماعی' بود.

استنتاج: از آن‌جا که عدم پایبندی به مصرف دارو، تهدیدی قابل اصلاح، برای سلامتی بیماران تحت همودیالیز محسوب می‌شود، ارائه مداخلات و استراتژی‌هایی که بتواند به ایجاد انگیزه و ارتقاء پایبندی به مصرف دارو منجر شود، ارزشمند است. بنابراین اعضاء گروه مراقبت بهداشتی با اتخاذ راهبرهای مناسب می‌توانند مدیریت فردی بیماران در مصرف دارو را ارتقاء دهند.

واژه های کلیدی: پایبندی به دارو درمانی، بیماران، همودیالیز، تحلیل محتوا

مقدمه

بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه در مراحل انتهایی End-Stage Renal Disease (ESRD)، به منظور بهبود عملکردهای جسمی و طول عمر بیش‌تر، نیازمند درمان جایگزینی کلیه با همودیالیز Hemodialysis (HD) یا پیوند کلیه می‌باشند(۱). همودیالیز، روش نجات دهنده حیات محسوب می‌شود، اما در بهترین شرایط، تنها ۱۰ درصد از عملکرد طبیعی کلیه را فراهم می‌کند. بیماران تحت همودیالیز باید به طور متوسط، ۶ تا ۱۰ دارو را در

مولف مسئول: منیر نوبهار– سمنان: دانشگاه علوم پزشکی سمنان، دانشکده پرستاری و پیراپزشکی E-mail: nobahar43@semums.ac.ir
دانشیار، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، دانشکده پرستاری و پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران
تاریخ دریافت : ۱۳۹۵/۶/۹ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۱۳۹۵/۶/۲۹ تاریخ تصویب : ۱۳۹۵/۷/۲۴

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-03-29]

هر روز دریافت کنند، این برنامه درمانی پیچیده، برای بیماران محدودیت‌هایی را به همراه دارد و آن‌ها را از جهات مختلف، به افراد گروه بهداشتی وابسته می‌نماید(۲). بیماران تحت همودیالیز، نیازمند استفاده از شش دسته داروهای ضددیابتی، ضدپر فشاری خون، آهن و ویتامین‌ها، باند شونده‌های فسفات و ویتامین D3، ضدپلاکت‌ها و سایر داروها می‌باشند(۳). دارو درمانی برای پیشگیری و درمان برخی از بیماری‌های همراه، مانند کم‌خونی، عفونت، بیماری‌های قلبی عروقی پیشرونده و بیماری‌های استخوانی نیز مطرح می‌باشد و همواره یکی از چالش‌های موجود می‌باشد(۳). مصرف این داروها، مشکلات مربوط به دارو و خطر ابتلا به عوارض جانبی را افزایش می‌دهد. بنابراین، ارزیابی این بیماران برای مداخلات دارویی بالینی، به عنوان گروه هدف، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار می‌باشند(۴).

Mukhtar و همکاران (۲۰۱۴) معتقدند در پایبندی بیماران به مصرف داروها، شش عامل کلیدی باورهای بیمار (درک خطرات وابستگی و عوارض جانبی)، مزایا و ضرورت بالقوه درمان، رابطه بیمار با درمانگر، بیماری‌های جسمی و روانی اخیر، محدودیت‌های مالی و دارویی، مسائل دارویی (چند دارویی/ پیچیدگی برنامه دارویی) نقش دارند(۵). برای بیماران پایبندی به داروهای تجویز شده، برای حفظ سلامتی و رفاه آنان ضروری است(۶). اما پایبندی به درمان، یک مشکل عمده در بیماران تحت همودیالیز است(۷). اگرچه بسیاری از بیماران تحت همودیالیز، در پایبندی به رعایت درمان‌های تجویز شده، موفق می‌شوند، اما پایبندی به مصرف داروها، دشوار است(۶).

در مطالعه‌ای که در یک بیمارستان آموزشی در هند (۲۰۱۶) انجام شد، نتایج نشان داد میزان پایبندی به مصرف دارو در اکثریت بیماران تحت همودیالیز (۶۴ درصد)، کم بود(۸). نتایج مطالعه دیگری (۲۰۱۴) در عربستان، پایبندی به مصرف دارو در بیماران تحت همودیالیز در ۳۱/۴۶ درصد و ۴۰/۴۵ درصد به میزان کم و متوسط بود، در حالی که ۲۸/۰۹ درصد به مصرف داروها پایبند بودند. ۷۱/۹۱ درصد بیماران همودیالیز به مصرف دارو پایبند نبودند(۲). نتایج تحقیق Schmid و همکاران (۲۰۰۹) نشان داد که ۶۷ درصد بیماران تحت همودیالیز، پایبندی به مصرف دارو نداشتند(۹). در مطالعه Battistella و همکاران (۲۰۱۶) عدم پایبندی به مصرف دارو در بیماران همودیالیز، ۲۳ درصد گزارش گردید(۱۰). شایع‌ترین رفتارهای عدم پایبندی به مصرف دارو شامل تغییر دفعات مصرف داروها و تغییر میزان مصرف داروها می‌باشند(۱۰). بیماران تحت دیالیز، که رژیم‌های غذایی و درمانی خود را رعایت نمی‌کنند، ۲۵ درصد تا ۸۶ درصد می‌باشند(۱۱).

عدم پایبندی، به طور منظم مشاهده شده و برای بیماران با نتایج منفی و افزایش هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی همراه است. در حالی که در میان بزرگسالان در تمام سنین، عدم پایبندی به مصرف دارو، یک مسئله همیشگی است، اما در بیماری‌های مزمن، بزرگ‌ترین مشکل است(۵). به نحوی که عوامل موثر در عدم پایبندی به مصرف دارو، برای پزشکان، سیاست گذاران بهداشتی و مراقبت دهندگان بهداشتی، به یک اولویت تبدیل شده است. بیمارانی که به رژیم دارویی خود پایبند نیستند، از نتایج سلامتی نامطلوبی برخوردارند(۱۰). تعداد زیاد داروهای مصرفی در این بیماران، از جمله عواملی است که امکان بروز خطرات دارویی و عدم پایبندی به مصرف داروها را به همراه دارد. عدم پایبندی به مصرف دارو، به اثرات ناخواسته از قبیل کاهش منافع درمانی منجر می‌شود و نیاز به آزمایش‌های تشخیصی بیش‌تر، خدمات پزشکی پیشرفته‌تر و افزایش نیاز به درمان را به همراه دارد(۱۲). هم‌چنین شواهد نشان می‌دهد که با پذیرش مکرر در بخش اورژانس، تشدید بیماری و شرایط رفاهی نامناسبی مواجه می‌شوند، از طرفی عوارض فراوان و میزان مرگ و میر بالا را تجربه می‌کنند(۱۰). از آن‌جا که هر بیمار منحصر به فرد است. بنابراین شواهد از این ایده حمایت می‌کند که پرستار

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-03-29]

نفرولوژی باید با برقراری تعامل با بیمار، به درک عوامل موثر در پایبندی بیمار به برنامه درمانی، دست یابد. هم‌چنین برای پرستاران نفرولوژی مهم است، اقداماتی که به بیماران در غلبه بر موانع پایبندی به درمان‌های تجویز شده کمک می‌کنند، را بشناسند(۶). شواهد نشان می‌دهد پرستارانی که بیماران را به خوبی می‌شناسند، می‌توانند توانمندی بیماران جهت انجام مداخلات فردی را ارتقاء بخشند و موانع پایبندی به رعایت برنامه درمانی را کاهش دهند(۶). بسیاری از اطلاعاتی که از تحقیقات پایبندی به برنامه درمانی در بیماران ESRD به دست آمده‌اند، شواهدی از چگونگی اصلاح پایبندی را نشان داده، اما داده‌های موجود تا حدودی پیچیده است(۷). در حالی که درک بیش‌تر این پدیده، در شناسایی تغییرات عملکردی بیماران، ضروری می‌باشد و به ارائه دهندگان خدمات بهداشتی جهت تامین مراقبت بهتر کمک می‌کند. هم‌چنین ادغام بهترین و جامع‌ترین شیوه عملکردی بیماران، در تامین مراقبت‌های استاندارد برای بیماران ESRD، بسیار مهم است(۱۳). بررسی پایبندی به برنامه درمانی، یک گام مهم، برای درک تاثیر آن بر کیفیت زندگی بیماران تحت همودیالیز است(۱۱). بنابراین در این زمینه، انجام پژوهش‌های بیش‌تر، برای کمک به بیماران همودیالیز جهت غلبه بر موانع توانمند سازی آنان در مدیریت موثر بیماری‌های مزمن و بهبود سلامتی آن‌ها پیشنهاد می‌شود(۱۴). مشکل پایبندی ضعیف به درمان‌های پیچیده، در مراقبت روزانه از بیماران دیالیزی، به طور گسترده‌ای به رسمیت شناخته شده است و در افزایش مرگ و میر این بیماران نقش دارد. در حالی که تعداد کمی از مطالعات به درک عدم پایبندی بیمار اختصاص داده شده و نتایج آن‌ها تا حدودی بحث برانگیز می‌باشد(۹).

به نظر پژوهشگر، مساله شناخت ضعیف از مصرف دارو در بیماران ESRD و باقی‌ماندن آن به عنوان یک معضل بهداشتی و سلامتی، ناشی از نوع نگاه و مطالعات در رابطه با این پدیده است. به طوری که نگاهی گذرا به عناوین و روش‌های مورد استفاده در مطالعات قبلی پیرامون این مساله در داخل و خارج، حاکی از آن است که این مطالعات عموما با رویکرد تک عاملی به بررسی این پدیده پرداخته‌اند. در حالی که به نظر می‌رسد، در این ارزیابی علاوه بر بیمار، بر سایر عوامل نیز باید تمرکز نمود. از آن‌جا که پیگیری چگونگی مصرف داروهای تجویز شده، برای جلوگیری از عدم پایبندی به مصرف دارو اهمیت دارد و بیمار سه بار در هفته تحت همودیالیز قرار می‌گیرد، پیگیری چگونگی مصرف داروها، می‌تواند توسط کارکنان پرستاری به‌طور منظم، انجام شود(۱۲). به عبارت دیگر، تاکنون مطالعه‌ای جهت تبیین عوامل موثر در مصرف دارو در بیماران ESRD با استفاده از تجارب زنده افرادی که، هر روزه با این پدیده سروکار دارند، مانند بیماران، خانواده‌ها، پرستاران و پزشکان انجام نشده است، در حالی که مصرف دارو در بیماران ESRD، یک پدیده جهانی با ماهیت چند علیتی است، به نحوی که تنها مربوط به بیمار، بیماری و عوارض آن نیست، بلکه طبق نتایج مطالعات عوامل روانی، رفتاری، شناختی، فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و... در بروز آن نقش دارند، لذا به منظور تبیین طیف وسیعی از چالش‌های مرتبط به مصرف دارو و ارائه مشاوره و راهنمایی بالینی برای بیماران ESRD، ترکیبی از تحقیقات کمی و کیفی، ضروری به نظر می‌رسد(۱۵).

مروری بر مقالات، شیوع و پیامدهای عدم پایبندی به جنبه‌های مختلف برنامه همودیالیز را تعیین نموده و موانع روش شناختی در تحقیق بر روی عدم پایبندی را مشخص می‌نماید. تحقیقات در عدم پایبندی با دو مانع عمده "تناقضات در تعاریف" و "روش‌های اندازه‌گیری نامعتبر" در ارتباط است. روش‌های اندازه‌گیری معتبر و تعاریف عملیاتی بالینی برای عدم پایبندی نیازمند انجام تحقیقات بیش‌تری است(۱۶). روش‌های مختلفی برای شناسایی رفتارهای عدم پایبندی به مصرف دارو مورد نیاز است، که استفاده از روش گروه‌های متمرکز، مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته، مصاحبه یک نفر با یک نفر، پرسشنامه، پایش الکترونیکی داروها و تجزیه و تحلیل میزان تکرار

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-03-29]

نسخه‌های بیمار از این قبیل موارد محسوب می‌شوند(۵). گزارش‌های فردی، مصاحبه ساختار یافته، و سطح فسفر سرم قبل از دیالیز، شایع‌ترین ابزارهای سنجش مورد استفاده برای گزارش پایبندی به مصرف دارو می‌باشند(۹). از آن‌جاکه گزارش‌دهی بیمار و کارکنان بخش همودیالیز، روش‌های پیشنهاد شده جهت بررسی پایبندی به مصرف دارو می‌باشند(۲). هم‌چنین، افراد بالینی و محققین نیازمند درک تجاربی هستند، که بیان آن‌ها نیازمند بررسی عمیق داده‌های حاصل از تحقیقات کیفی است. بنابراین انجام تحقیقات کیفی ضروری است تا یافته‌های واقعی بر اساس تجارب مشارکت کنندگان برای تبیین تجارب بیماران ESRD، در مصرف دارو، فراهم گردد(۱۷). بررسی تجارب بیماران در چگونگی استفاده از داروها، و درک عمیق‌تر پدیده چگونگی پایبندی به مصرف دارو، توسط اعضای مراقبت‌های بهداشتی، می‌تواند به درک بهتر مصرف دارو از دیدگاه بیمار و ترویج مناسب‌تر خودمراقبتی در بیماران منجر شود(۱۸). هدف این مطالعه تبیین تجربه چگونگی مصرف دارو در بیماران تحت همودیالیز بود.

مواد و روش ها

با توجه به هدف پژوهش، این مطالعه با استفاده از روش تحلیل محتوای کیفی انجام شد. تحلیل محتوا فرآیندی است که طی آن داده‌های خام بر اساس تفسیر و استنباط دقیق و منظم محقق به طبقاتی تبدیل می‌گردند، این فرآیند با استفاده از منطق استقراء صورت می‌گیرد که با بررسی دقیق محقق و مقایسه مداوم داده‌ها، طبقات و تم‌ها از داده‌های خام استخراج می‌گردند(۱۹) و به وسیله آن داده‌ها خلاصه، توصیف و تفسیر شده و برای تعیین درون‌مایه‌های غالب و اصلی استفاده می‌شود(۲۰). معیارهای ورود به مطالعه شامل بیماران همودیالیزی بود که بیش از یک سال تحت درمان با همودیالیز بودند، دارای اطلاعات غنی و تمایل به مصاحبه با پژوهشگر و علاقمند به بیان تجربه خود بودند. معیارهای خروج از مطالعه شامل اختلالات روانی، اعتیاد به مواد مخدر، معلولیت روانی، مشکلات گفتاری و شنوایی، آلزایمر و ناتوانی در یادآوری تجارب بود. مشارکت کنندگان به صورت نمونه‌گیری هدفمند (Purposeful) از افرادی که معیار ورود به مطالعه را دارا بودند و تجربه غنی از موضوع داشتند، انتخاب شدند. نمونه‌گیری تا زمان اشباع داده‌ها و طبقات ادامه یافت. جامعه مورد بررسی از بین بیماران تحت درمان با همودیالیز و اعضای خانواده آن‌ها، پرستاران و پزشکان بخش همودیالیز بیمارستان کوثر وابسته به دانشگاه علوم پزشکی سمنان انتخاب شدند. این بخش در طبقه همکف بیمارستان واقع شده، دارای ۳۰ تخت فعال همودیالیز می‌باشد و طی سه شیفت صبح، عصر و شب بیماران تحت همودیالیز قرار می‌گیرند. اطلاعات فردی مشارکت کنندگان شامل سن، جنس، تحصیلات، شغل، وضعیت تاهل، تعداد فرزندان، مدت زمانی که از شروع بیماری و نیاز به دستگاه دیالیز می‌گذشت، ثبت گردید. با توجه به اصل حداکثر تنوع (Maximum Variation) در امر نمونه‌گیری، از بیماران تحت درمان با همودیالیز که از نظر سن، مدت ابتلا، شدت و علت بیماری در درجات مختلفی قرار داشتند، استفاده شد. روش اصلی گردآوری داده‌ها در این تحقیق مصاحبه نیمه سازمان یافته بود. از مشارکت‌کنندگان درخواست می‌شد که در مورد مصرف دارو صحبت کنند، سپس در مورد عوامل تاثیرگذار بر مصرف دارو سوال می‌شد، سئوالات پیگیری‌کننده بر اساس اطلاعاتی که شرکت کنندگان ارایه می‌کردند، جهت روشن‌تر شدن مفهوم مورد مطالعه مطرح می‌گردید. سئوالات مصاحبه‌های بعدی نیز بر اساس طبقات استخراج شده تنظیم می‌شد. سپس سئوالات کاوشی مانند می‌توانید بیش‌تر توضیح بدهید؟ یا یک مثال بزنید، برای تشویق مشارکت‌کنندگان و به منظور دستیابی به اطلاعات عمیق‌تر پرسیده می‌شد. در پایان از مشارکت‌کننده تقدیر و تشکر به عمل می‌آمد و از آن‌ها خواسته می‌شد تا اگر مطلبی باقی مانده و می‌خواهند بیان

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-03-29]

کنند. برای جمع‌آوری اطلاعات با همراه بیمار، پرستاران و پزشکان بخش همودیالیز نیز مصاحبه انجام شد و از آنان نیز در مورد تجربیاتشان از مصرف داروهای بیماران‌شان سئوال شد. لطفا در مورد چگونگی مصرف دارو در بیمار برایم توضیح دهید؟ پس از پایان هر مصاحبه، داده‌ها مورد نقد و بررسی قرار می‌گرفت، نقاط مبهم و نیازمند توجه در مصاحبه‌های بعدی مشخص می‌گردید و در مصاحبه‌های بعد مورد بررسی قرار می‌گرفت. مقایسه مداوم داده‌ها هم زمان با جمع‌آوری اطلاعات انجام می‌گرفت، به گونه‌ای که اطلاعات جمع‌آوری شده با اطلاعات قبلی مقایسه می‌گردید، اهمیت و موقعیت آن در سلسله مراتب آنالیز اطلاعات تعیین می‌گردید. مدت زمان مصاحبه‌ها بر حسب شرایط و تمایل مشارکت‌کنندگان بین ۴۰ تا ۸۵ دقیقه بود. محل انجام مصاحبه‌ها اتاقی در بخش کلینیکی درمانگاه بیمارستان، جنب بخش همودیالیز انتخاب شد، که کوتاه‌ترین مسافت ممکن را نسبت به بخش همودیالیز داشت و مشارکت‌کنندگان در آن از لحاظ شرایط فیزیکی، دما، بو، تهویه و نور در آسایش بودند، در زمان انجام مصاحبه‌ها فقط پژوهشگر و مشارکت‌کننده در اتاق حضور داشتند. جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها هم زمان صورت می‌گرفت(۲۱). تجزیه و تحلیل داده‌ها به‌روش تحلیل محتوا و براساس پنج گام Granheim و Lundman (۲۰۰۴) صورت گرفت(۲۲). در گام اول متن مصاحبه‌ها بر روی نوار ضبط و بلافاصله کلمه به کلمه پیاده و به عنوان داده اصلی تحقیق استفاده شد (Transcribing). در گام دوم نوار صدای ضبط شده به دفعات گوش داده شد و متن‌های دستنویس چندین بار مرورگردید و تصمیم‌گیری درمورد تقسیم متن به واحدهای معنایی(Meaning units) صورت‌گرفت. در گام سوم طراحی انتزاعی نمودن (Abstracting) واحدهای معنایی و انتخاب کدها انجام شد. با توجه به تجارب مشارکت‌کنندگان مفاهیم آشکار و پنهان به صورت جملات یا پاراگراف از کلمات آن‌ها و کدهای دلالت‌کننده مشخص می‌شد، سپس کدگذاری و خلاصه‌سازی انجام گرفت.

در گام چهارم (Sorting codes) بر اساس مقایسه مداوم تشابهات، تفاوت‌ها و تناسب، کدهایی که بر موضوع واحدی دلالت می‌کردند، در یک طبقه قرار گرفت و زیر طبقات و طبقات دسته‌بندی شد و کدهای محوری شکل گرفت، نقاط مبهم و نیازمند توجه در مصاحبه‌های بعدی مشخص شد و در مصاحبه‌های بعد مورد بررسی قرار گرفت، به نحوی که نقاط ابهام برطرف شده و جایگاه کدها در هر طبقه کاملا مشخص شد. در گام پنجم (Formulating themes) در سطح تفسیری، طبقات تلخیص شد و مفهوم مرکزی هر طبقه مشخص گردید و مفاهیم اصلی و انتزاعی استخراج شد. مفاهیم بر اساس شرح مضامین درونی در متن مشخص شد و با توجه به کل داده‌ها این مضامین درونی مورد بازبینی قرار گرفت(۲۲). به منظور تعیین اعتباربخشی داده‌ها (Rigour) از معیارهای Lincoln و Guba استفاده شد. درگیری طولانی مدت محقق (Prolonged Engagement)، مشارکت کافی و تعامل مناسب با مشارکت‌کنندگان و بازنگری توسط مشارکت‌کنندگان (Member Check)، برای تایید داده‌ها از جمله فعالیت‌های محقق به منظور پی‌بردن به اعتبار داده‌ها بود و به افزایش مقبولیت داده‌ها (Credibility) کمک کرد. اطمینان (Dependability) یا ثبات یافته‌ها با نسخه‌نویسی در اسرع وقت، استفاده از نظرات همکاران (External Check) و مطالعه مجدد کل داده‌ها فراهم گردید. از تلفیق زمانی (Time Triangulation) و شرکت‌کنندگان با تنوع نمونه‌گیری (سن، جنس، تحصیلات، شغل، تاهل، مدت زمان دیالیز، توام با تفاوت‌های فرهنگی، مذهبی، روانی، اجتماعی و اقتصادی و ...) استفاده شد که اعتبار داده‌ها را افزوده و به تاییدپذیری داده‌ها (Confirmability) منجر شد. به منظور تعیین قابلیت تصدیق، محقق پیش‌فرض‌های خود را در روند جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها دخالت نداد (Bracketing). هم‌چنین قابلیت تعیین– تأیید با رعایت بی‌طرفی محقق، توافق روی کدها و درون‌مایه‌ها، هم‌چنین بررسی متن

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-03-29]

مصاحبه‌ها، کدها و طبقات استخراج شده توسط دو نفر از اعضای هیأت علمی (peer Check) مورد تأیید قرار گرفت و تأییدپذیری یافته‌ها مشخص گردید. هم‌چنین قابلیت انتقال (Transferability) یا تناسب (Fittingness) از طریق مصاحبه با مشارکت‌کنندگان متفاوت و ارایه نقل قول‌های مستقیم و مثال‌ها، تبیین غنی داده‌ها و مشاوره‌های علمی با اساتید صاحب‌نظر امکان‌پذیر گردید(۲۱).

پس از اخذ معرفی نامه از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی سمنان، شرکت‌کنندگان بر اساس معیارهای ورود به مطالعه انتخاب شدند، توضیحات لازم به آن‌ها داده شد. در صورت اعلام رضایت شرکت‌کنندگان، زمان مصاحبه با موافقت آن‌ها تعیین شد. پس از بیان اهداف پژوهش، تمامی مشارکت‌کنندگان رضایت‌نامه آگاهانه برای شرکت در مطالعه را تکمیل کردند. از شرکت‌کنندگان برای ضبط صدا و پاسخ‌گویی به سئوالات اجازه گرفته شد. در مورد محرمانه بودن اطلاعات و صدای ضبط شده نیز به آن‌ها اطمینان داده شد. در صورت احساس خستگی، هر زمان که نیاز بود مصاحبه قطع و در صورت نیاز، مصاحبه ادامه یافت. به هر سئوالی که مشارکت‌کنندگان تمایلی به پاسخ‌گویی به آن نداشتند، می‌توانستند جواب ندهند. خروج آن‌ها از مطالعه به هر دلیل به صورت آزادانه امکان‌پذیر بود. به آن‌ها اطلاع داده شد که در صورت لزوم ممکن است برای تکمیل صحبت‌ها مجددا به آن‌ها مراجعه شود. به مشارکت‌کنندگان گفته شد در صورت تمایل می‌توانند نتایج پژوهش را در اختیار داشته باشند. در هنگام انتشار نتایج کلیه اطلاعات فردی مشارکت کنندگان محرمانه بود.

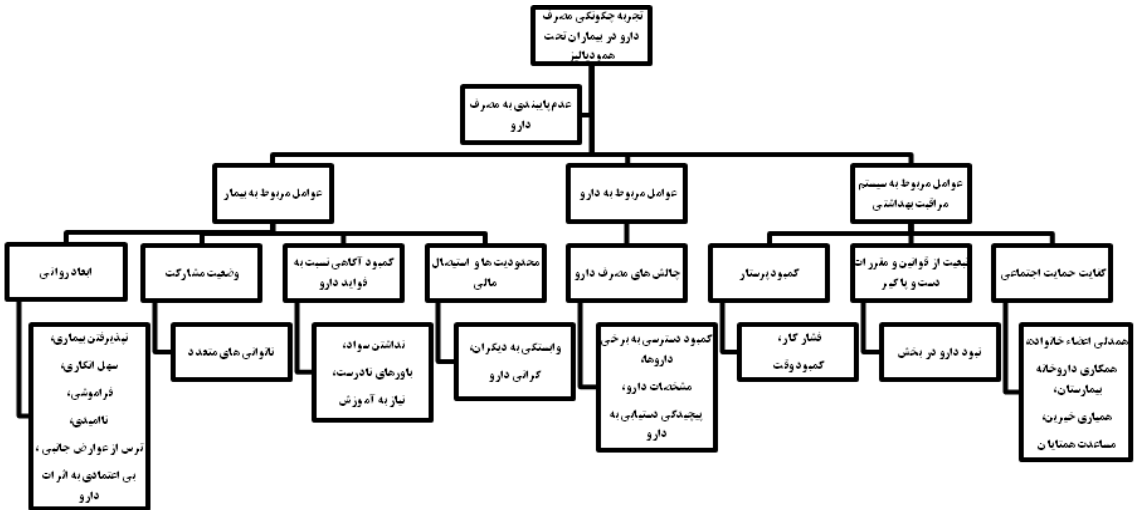
یافته ها

طی این تحقیق ۲۰ شرکت کننده شامل هشت بیمار، هفت پرستار، سه همراه و دو پزشک مشارکت داشتند . هشت بیمار (پنج زن و سه مرد) شرکت کننده سن آنان بین ۳۵ تا ۷۵ سال (میانگین ۵۱/۳۷)، سابقه دیالیز ۳ تا ۲۱ سال (میانگین سابقه دیالیز ۹/۳۷ سال) داشتند، شش بیمار متاهل، یک بیمار مجرد و یک بیمار همسر فوت کرده بود، تعداد فرزندان آن‌ها دو تا هشت (میانگین ۳/۲۵) بود، شش بیمار تحصیلات ابتدایی، دو بیمار دیپلمه بودند. دو مرد بی‌کار، یک مرد بازنشسته و همه خانم‌ها خانه‌دار بودند. هفت پرستار (پنج زن و دو مرد)، سن بین ۳۷ تا ۶۰ سال (میانگین ۴۶/۵) داشتند، همگی دارای لیسانس پرستاری بودند، چهار پرستار متاهل، دو مورد مجرد و یک مورد مطلقه بودند، سه همراه (سه مرد) سن‌شان بین ۸۴-۲۴ سال (میانگین ۵۰/۷۳)، سواد یک نفر ابتدایی و دو نفر دیپلمه، شغل یک نفر کارگر و دو نفر بازنشسته بودند، دو نفر متاهل و یک نفر مجرد بود. دو پزشک (یک مرد و یک زن) پزشک مرد ۵۰ ساله، فوق تخصص نفرولوژی و پزشک خانم ۴۵ ساله، متخصص داخلی، هر دو متاهل و دارای ۲ فرزند بودند. از تحلیل داده‌ها، مضون اصلی "عدم پایبندی به مصرف دارو" انتزاع شد، این مضمون دارای طبقات "عوامل مربوط به بیمار" با طبقات فرعی 'ابعاد روانی'، 'وضعیت مشارکت'، 'کمبود آگاهی نسبت به فواید دارو' و 'محدودیت‌ها و استیصال مالی'، طبقه "عوامل مربوط به دارو"، با طبقه فرعی 'چالش‌های مصرف دارو'، و طبقه "عوامل مربوط به سیستم مراقبت بهداشتی" دارای طبقات فرعی 'کمبود پرستار'، 'تبعیت از قوانین و مقررات دست و پا گیر' و 'کفایت حمایت اجتماعی' بود (فلوچارت شماره ۱).

عدم پایبندی به مصرف دارو

تحلیل داده‌ها نشان داد که مضون اصلی "عدم پایبندی به مصرف دارو" بود، بیماران تحت همودیالیز، از مصرف صحیح دارو اجتناب می‌کردند. مزمن بودن بیماری و ضرورت تداوم درمان همودیالیز، از یک سو و وجود بیماری‌های زمینه‌ای متعدد از سوی دیگر، به افزایش نیاز بیماران به مصرف داروهای متعدد منجر می‌شد، آن‌ها به درمان با همودیالیز، که تا حدودی

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-03-29]



فلوچارت شماره ۱: مضمون اصلی، طبقات، طبقات فرعی و زیرطبقات چگونگی مصرف دارو در بیماران تحت همودیالیز

علائم را برطرف می‌کرد و حال عمومی آن‌ها را بهبود می‌بخشید، بسنده می‌کردند. بیماران تحت همودیالیز از مصرف داروهایی که جنبه نگه‌دارنده داشته و به بهبودی کامل منجر نمی‌شد، خودداری می‌کردند.

مشارکت‌کننده پرستار ۵ می‌گوید: "مریض می‌گه الان دو سه هفته است که دردهای استخوانی من شروع شده، به او می‌گم شما با این سن کم، با این مدت زمان کم دیالیز، نباید این دردهای استخوانی را داشته باشی، کربنات کلسیم مصرف می‌کنی؟ می‌گه آری، من می‌گم وجدانا راست بگو، می‌گه نه، مصرف نمی‌کنم، شش ماه است که من حتی یک دونه کربنات کلسیم مصرف نکردم".

عوامل مربوط به بیمار

یافته‌های این مطالعه نشان داد که یکی از طبقات در عدم پایبندی به مصرف دارو، "عوامل مربوط به بیمار" بود. جنبه‌های مختلف جسمی، روانی، اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی در پایبندی بیماران به مصرف دارو تاثیرگذار بود. این طبقه شامل طبقات فرعی 'ابعاد روانی'، 'وضعیت مشارکت'، 'کمبود آگاهی نسبت به فواید دارو' و 'محدودیت‌ها و استیصال مالی' بود.

ابعاد روانی

یکی از طبقات فرعی، عوامل مربوط به بیمار، 'ابعاد روانی' بود، نارسایی مزمن کلیه، بیش از آن که مشکلات جسمی به همراه داشته باشد، با مسائل روانی همراه بود. بیماران تحت همودیالیز با چالش‌های روانی روبرو بودند. نپذیرفتن بیماری، سهل انگاری، فراموشی، ناامیدی، ترس از بروز عوارض جانبی و بی‌اعتمادی به اثرات دارو، زیرطبقات ابعاد روانی بودند.

نپذیرفتن بیماری

یکی از زیرطبقات ابعاد روانی، نپذیرفتن بیماری توسط بیماران تحت همودیالیز بود. برخی از بیماران، با وجود این که تحت درمان با همودیالیز بودند، اما از پذیرش بیماری خود اجتناب می‌کردند، آن‌ها به واسطه انکار اصل بیماری، ضرورتی برای مداوا و مصرف دارو نمی‌دیدند. مشارکت کننده پرستار ۲ می‌گوید: "بیمار، بیماریش را نپذیرفته و در مرحله انکار است. ... این‌ها بیماری را نپذیرفتند، تا به درمان آن بیندیشند".

سهل انگاری

یکی از زیرطبقات ابعاد روانی، سهل انگاری بود. برخی از بیماران به واسطه مزمن بودن بیماری، از ادامه

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-03-29]

درمان سست می‌شدند و این امر باعث عدم پایبندی آن‌ها در مصرف دارو می‌شد.

مشارکت‌کننده پرستار ۵ می‌گوید: "بیمار باید طولانی مدت دارو استفاده کند، .... از دارو زده می‌شه و ممکنه مصرف این دارو را کنار بگذاره".

مشارکت‌کننده پزشک ۲ می‌گوید:"چون قرص‌هاشون زیاد است و بیماری مزمن است، بعضی از این‌ها خسته می‌شوند، دارو را مصرف نمی‌کنند".

مشارکت کننده پرستار ۳ در این باره می‌گوید: "فسفر مریض شش شده، دکتر فکر می‌کنه که این مریض داره روزی سه تا بی‌کربنات استفاده می‌کنه، در حالی که مریض همان روزی یک دانه را هم درست مصرف نمی‌کنه".

فراموشی

یکی از زیرطبقات ابعاد روانی، فراموشی بود. بیماران تحت همودیالیز با مشکلات شناختی روبرو بودند، اختلال در حافظه، یادگیری و به یادآوری مطالب از مواردی بود، که به دفعات توسط مشارکت کنندگان مطرح گردید و باعث ایجاد فراموشی در مصرف به موقع و صحیح داروها می‌شد.

مشارکت کننده پرستار ۲ در این باره می‌گوید: "مریض‌ها مصرف داروها را، یادشون می‌ره. یکی از مشکلات این‌ها فراموشی است، بیمار می‌گه یادم می‌ره که قرص‌هام را بخورم".

ناامیدی

یکی از زیرطبقات ابعاد روانی، احساس ناامیدی در بیماران تحت همودیالیز بود. مزمن بودن بیماری، نیاز به ساعات مستمر درمان همودیالیز، وابستگی به دستگاه، عدم بهبود قطعی و محدودیت‌های مختلف، زمینه ایجاد ناامیدی را در بیماران تشدید می‌کرد.

مشارکت کننده پرستار ۴ می‌گوید: "بیمار امیدی به زندگی نداره، می‌گه این همه دارو را بخورم ...، بخواهم دو سال دیگه از دنیا برم".

ترس از بروز عوارض جانبی

یکی از زیرطبقات ابعاد روانی، ترس از بروز عوارض جانبی بود. مصرف داروهای متعدد، توام با محدودیت‌های رژیم غذایی و مایعات، باعث می‌شد که بیماران به دنبال مصرف دارو، عوارض جانبی دارو، به خصوص عوارض گوارشی را تجربه نمایند، این مورد به عدم پایبندی بیماران در مصرف دارو منجر می‌شد.

مشارکت‌کننده پرستار ۲ می‌گوید: "بیمار می‌گه بخواهم روزی ۴۰ تا قرص بخورم، بعد با آون‌ها، آب هم کم بخورم، معدم را خراب می‌کنه".

بی‌اعتمادی به اثرات دارو

یکی از زیرطبقات ابعاد روانی، بی‌اعتمادی به اثرات دارو بود، از آن‌جا که اثرات مصرف بسیاری از داروها، در طولانی مدت بروز می‌کند، هم‌چنین عدم مصرف آن‌ها در طول زمان، به ایجاد عوارض مختلف منجر می‌گردد، بیماران و حتی همراهان آن‌ها، نسبت به مصرف این داروها رغبتی نشان نمی‌دادند و به اثرات دارو بی‌اعتماد بودند، بی‌اعتمادی به اثرات دارو، موجب عدم پایبندی به مصرف دارو می‌شد.

مشارکت‌کننده همراه بیمار ۳ می‌گوید: "داروهاشون هیچ فایده‌ای نداره، همش گچ است".

مشارکت کننده پرستار ۵ می‌گوید: "بیمارها از نظر روانی نگرش مثبتی به مصرف دارو ندارند، شاید اگر بیمارانی که طولانی دیالیز می‌شوند را ببینند و با آن‌ها صحبت کنند و ببینند که دچار چه عوارض استخوانی و قلبی شده‌اند، با مصرف این چند تا دارو، جلوی بروز این عوارض گرفته می‌شه، نگرش‌شون تغییر پیدا بکنه".

وضعیت مشارکت

یکی از طبقات فرعی در عوامل مربوط به بیمار، "وضعیت مشارکت" بیماران تحت همودیالیز در برنامه درمانی بود. ابتلا به بیماری‌های زمینه‌ای در وضعیت مشارکت بیماران تحت همودیالیز نقش داشت، آن‌ها که دچار بیماری‌های مزمن و متعدد بودند، از تبعیت در

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-03-29]

مصرف دارو سر باز می‌زدند.

مشارکت کننده پزشک ۱ می‌گوید:"خیلی‌هاشون حتی تو خوردن قرص‌هاشون هم همکاری لازم را ندارند".

مشارکت کننده پرستار ۲ می‌گوید: "مریضی که خودش دارو را تهیه می‌کنه، به موقع می‌آره و می‌گیره، ... خوب درمان می‌شه".

ناتوانی‌های متعدد

ناتوانی‌های متعدد، زیرطبقه وضعیت مشارکت بیمار بود. از آن‌جا که اختلالات مزمن مانند فشار خون بالا و دیابت در بسیاری از بیماران تحت همودیالیز زمینه ساز ایجاد نارسایی مزمن کلیه بود، از سوی دیگر بسیاری از آنان به دنبال همودیالیز با مشکلات قلبی عروقی روبرو بودند و ناتوانایی‌های متعددی را تجربه می‌کردند که بر وضعیت مشارکت آنان تاثیرگذار بود.

مشارکت‌کننده پرستار ۵ می‌گوید: "بیماری نارسایی مزمن کلیه، بیماری مزمنی است که درمان آن نهایی نیست، فقط یک درمان نگه دارنده محسوب می‌شه و بیمار متوجه می‌شود که سال به سال رو به تحلیل می‌ره، می‌بینه از این دارویی که داره استفاده می‌کنه، ثمری نمی‌بینه و سلامتی کامل را به دست نمی‌آورد".

کمبود آگاهی نسبت به فواید دارو

یکی از طبقات فرعی در عوامل مربوط به بیمار، 'کمبود آگاهی نسبت به فواید دارو' بود. در بسیاری موارد، کمبود آگاهی، زمینه‌ساز ایجاد سبک زندگی توام با بیماری مزمن بود، این محدودیت حتی بعد از بروز بیماری هم، مانع از کنترل مناسب بیماری و بهبود کیفیت زندگی در بیماران تحت همودیالیز بود. این طبقه شامل زیرطبقات نداشتن سواد، باورهای نادرست و نیاز به آموزش بود.

مشارکت کننده پرستار۲ می‌گوید: "ممکنه بیماران به خصوص کسانی که تازه دیالیزی شدند، در مورد مصرف داروهاشون آگاهی نداشته باشند. حتی بیمارانی که سال‌ها از دیالیزشون هم گذشته، باز هم ممکنه اگر آگاهی کافی نداشته باشند، به اهمیت موضوع پی نبرده باشند، که دارو چه قدر به آن‌ها کمک می‌کنه، عوارض را برای آن‌ها کم می‌کنه و دیالیز برای آن‌ها بهتر انجام می‌شه، از کفایت زندگی بهتر و دیالیز بهتری برخوردار میشن".

نداشتن سواد

یکی از زیرطبقات کمبود آگاهی نسبت به فواید دارو، نداشتن سواد بود. نداشتن سواد، امکان مصرف صحیح دارو را کاهش می‌داد و در مواردی به دریافت نوع و میزان داروی اشتباه از سوی بیماران منجر می‌شد.

مشارکت کننده بیمار ۴ می‌گوید: "نه من سواد دارم و نه زنم، که بتوانیم دستور مصرف داروها را بخوانیم".

مشارکت‌کننده پرستار ۱ می‌گوید: "وقتی دفترچه‌های آموزشی را به اون‌ها دادیم، همین‌جا گذاشتند و رفتند. ... برخی هم سنشون بالا است و نمی‌توانند دفترچه‌های آموزشی را بخوانند".

نداشتن سواد باعث می‌شد که بیمار در مصرف داروها، با مشکلات متعدد و گاه تهدید کننده سلامتی روبرو باشند.

مشارکت کننده پرستار ۶ می‌گوید: "دو سوم از بیمارهای دیالیز، داروهایی که می‌خوردند، اشتباهی مصرف می‌کنند، مریض به جای ۱۴ واحد انسولین NPH، و ۴ واحد انسولین ریگولار، ۱۴ واحد انسولین ریگولار می‌زد، ۴ واحد انسولین NPH، خیلی از این موارد را بیمارها دارند".

باورهای نادرست

یکی از زیرطبقات کمبود آگاهی نسبت به فواید دارو، باورهای نادرست بود. از آن‌جا که همودیالیز باعث دفع آب و مواد زائد از بدن بیمار می‌شود و به بهبود شرایط بیماران کمک می‌کند، برخی از بیماران تصور می‌کردند که برای درمان آن‌ها همودیالیز به تنهایی کفایت می‌کند و نیازی به مصرف دارو ندارند.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-03-29]

مشارکت‌کننده پرستار۲ می‌گوید: "چون بیمارا بستری نیستند، همودیالیز که می‌شن، اوره از بدن‌شان دفع می‌شه، آب اضافی را از دست می‌دهند، با همودیالیز، احساس بهبودی می‌کنند، فکر می‌کنند که نیاز به داروهای مکمل ندارند، حالشون خوبه و با افراد عادی تفاوتی ندارند".

نیاز به آموزش

یکی از زیرطبقات کمبود آگاهی نسبت به فواید دارو، نیاز به آموزش بود. حتی در مواردی، فقدان اطلاعات دارویی مناسب، پیرامون داروی تجویز شده، باعث می‌شد که بیمار مصرف دارو را بدون دستور پزشک، قطع کند.

مشارکت کننده پرستار ۷ در این باره می‌گوید: "بیمار می‌گه من نه تب دارم، نه درد، پس دکتر به من بی‌خود دارو داده .... آنتی‌بیوتیک را مصرف نمی‌کنه، ممکنه با عفونت کاتتر مواجه بشه که درمانش هم هزینه داره، هم طول مدت بستری را بالا می‌بره، هم برای دولت هزینه گزافی ایجاد می‌کنه".

محدودیت‌ها و استیصال مالی

یکی از طبقات فرعی در عوامل مربوط به بیمار، محدودیت‌ها و استیصال مالی بود. با توجه به بی‌کار بودن و مشکلات اقتصادی بیمار، تحمیل هزینه بالای داروها، برای بیماران و خانواده‌های آن‌ها مشکل آفرین بود، برای اغلب بیماران تحت همودیالیز، تهیه دارو بسیار سخت بود.

وابستگی به دیگران

یکی از زیرطبقات محدودیت‌ها و استیصال مالی، وابستگی به دیگران بود. بی‌کاری، ناتوانی، از دست دادن شغل منجر به وابستگی به سایرین می‌شد.

مشارکت کننده پرستار ۵ می‌گوید: "بیماری که بی‌کاره، خرجش را برادرش می‌ده، ممکنه که از نظر اقتصادی وضعیت مناسبی نداشته باشه، و اصلا نتواند دارو را تهیه بکنه".

گرانی قیمت داروها

یکی از زیرطبقات محدودیت‌ها و استیصال مالی، گرانی دارو بود. بسیاری از بیماران، استطاعت مالی کافی جهت تهیه داروها، به خصوص داروهای گران قیمت را نداشتند.

مشارکت کننده بیمار ۶ می‌گوید: "پریروز رفتم نسخه بپیچم، گفت ۲۵ هزار تومان پول داروت می‌شه.گفتم چی شده، من همچین پولی ندارم، دارو را نگرفتم، گفتم نمی‌خوام".

مشارکت‌کننده بیمار ۴ می گوید: "من جزء بیماران خاص هستم، .... بیمه هستم، اما ویتامین‌ها بیمه حساب نمی‌شه، باید آزاد تهیه بکنم، ... چرا باید برای تهیه داروهای ویتامینی پول بدهم".

مشارکت‌کننده پزشک ۲ می‌گوید: "یکی از مشکلاتشون تهیه اپرکس است، که ظاهرا داروخانه‌ها آن را براحتی به بیماران نمی‌دهند و بیمارها چند بار این مسئله را به من گفته‌اند، بقیه داروهاشون شاید یه مقدار هزینه‌اش زیاد بشه ... داروهایی مثل ترولاک که هزینه زیادی لازم داره، این بیمارها توانایی تهیه‌اش را ندارند، باید یه مقدار این مسائل را برای آن‌ها تسهیل کرد ".

عوامل مربوط به دارو

یکی از طبقات عدم پایبندی به مصرف دارو "عوامل مربوط به دارو" بود. تجارب مشارکت کنندگان نشان داد برخی از عواملی که باعث می‌شد، بیماران پایبندی لازم به مصرف دارو نشان ندهند، به دارو مربوط می‌شد.

چالش‌های مصرف دارو

یکی از طبقات فرعی عوامل مربوط به دارو، چالش‌های مصرف دارو بود. ترکیب برخی از داروها مناسب نبود، شکل درشت دارو، محدودیت در مصرف مایعات از مشکلات مطرح شده توسط بسیاری از بیماران بود. برخی نیازمند مصرف داروهای متعدد

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-03-29]

بودند، مصرف داروهای متعدد با توجه به مزمن و مستمر شدن مصرف، سخت بود. کمبود دسترسی به برخی داروها، مشخصات دارو و پیچیدگی دستیابی به دارو از زیرطبقات چالش‌های مصرف دارو بود.

مشارکت‌کننده پرستار ۳ می‌گوید: "ما از اول به مریض‌ها می‌گیم که شما باید کربنات کلسیم را روزی سه تا بخورید، وقتی یک‌سال بعد از اون‌ها می‌پرسیم می‌گه، من دو تا می‌خورم یا روزی یکی می‌خوره، یا اصلا نمی‌خوره، می‌گه این قرص‌ها خیلی هضمش برای من مشکل است، یا می‌گه خیلی بزرگ است، نمی‌توانم اونو قورت بدم. یا باید اونو با آب زیاد بخورم، درحالی‌که این دارو بسیار مهم است، اگر مریض غفلت بکنه، فسفرش بالا می‌ره و بیماری استخوان زودتر شروع می‌شه".

کمبود دسترسی به برخی داروها

یکی از زیرطبقات چالش‌های مصرف دارو، کمبود دسترسی به برخی داروها بود. در برخی از موارد علت عدم مصرف دارو، در دسترس نبودن دارو بود.

مشارکت کننده بیمار ۵ می‌گوید: "ما تو شهر این داروخانه، اون داروخانه، را بگردیم، داروخانه می‌گه من این دارو را ندارم، اون دارو را ندارم، ... چون داروهای ما تخصصی است، باید تمام شهر را بچرخیم تا شاید دارو پیدا کنیم".

کمبود داروها، باعث می‌شد که برخی از بیمارها دارو را ذخیره می‌کردند.

همین مشارکت کننده ادامه می‌دهد: "من باید دارو را ذخیره کنم، اگر یه مدت این دارو نباشه، نفله می‌شم".

مشخصات دارو

یکی از زیرطبقات چالش‌های مصرف دارو، مشخصات دارو بود. وجود برخی از داروهای مشابه، ترس از بروز صدمات و حتی جراحی‌های غیرضروری ناشی از مصرف داروهای مشابه، مانع از پایبندی به مصرف دارو می‌شد.

مشارکت‌کننده همراه بیمار ۳ می‌گوید: "سرخه یک کارخانه زده بود و داروی مشابه کربنات کلسیم تولید کرده بود، خانمم این داروها را مصرف می‌کرد، همش سرفه می‌کرد، تا بروشورش را باز کردم، دیدم از عوارض این دارو سرفه است، گفتم دیگه این دارو را نخور، دو سه روز این دارو را کنار گذاشت، سرفه‌اش قطع شد، قرار بود او را جراحی کنند، با قطع این دارو بدون جراحی، مشکل او حل شد".

مشارکت‌کننده بیمار ۵ می‌گوید: "ویتامین ب کمپلکس و ب ۱۲ ساخت ایران است، قبلاً ساخت فرانسه و آلمان بود، برای ما تو بخش می‌زدند، خیلی خوب بود. ۱۰- ۱۵ سال این دارو را می‌زدند، اما حالا قطع کردند. به دکتر گفتم که اجازه بده که این آمپول‌ها را بزنم، دکتر گفت این آمپول‌ها خطرناک است".

پیچیدگی دستیابی به دارو

یکی از زیرطبقات چالش‌های مصرف دارو، پیچیدگی دستیابی به دارو بود. تحویل مقادیر کم‌تر از میزان داروی نسخه شده و کمبود دارو، باعث می‌شد که بیمار قبل از موعد دریافت نسخه بعدی، روزها و حتی هفته‌ها بدون دارو بماند.

مشارکت کننده بیمار ۴ می‌گوید: "نصف داروها را نمی‌دهند، اگر دکتر ۴۰ تا قرص برام نوشته، داروخانه ۲۰ تا را می‌ده، می‌گه نداریم، کم داریم، داروهایی که کم است، اصلا نمی‌دن".

عوامل مرتبط به سیستم مراقبت بهداشتی

یکی از طبقات عدم پایبندی به مصرف دارو "عوامل مرتبط به سیستم مراقبت بهداشتی" بود. تمامی افراد سیستم مراقبت بهداشتی وظیفه دارد که به بیماران تحت همودیالیز، جهت مصرف داروهایشان کمک نمایند. 'کمبود پرستار'، 'تبعیت از قوانین و مقررات دست و پا گیر'، 'کفایت حمایت اجتماعی' از طبقات فرعی عوامل مرتبط به سیستم مراقبت بهداشتی بود.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-03-29]

کمبود پرستار

یکی از طبقات فرعی عوامل مربوط به سیستم مراقبت بهداشتی، 'کمبود پرستار' بود. کمبود پرستاران که درمان اصلی همودیالیز را بر عهده داشتند و ساعات طولانی با بیماران و همراهان آن‌ها در ارتباط بودند، باعث می‌شد که آن‌ها فرصت کافی برای برقراری ارتباط لازم و ارائه آموزشات به خصوص پیرامون اهمیت مصرف دارو را نداشته باشند.

مشارکت کننده پرستار ۷ می‌گوید: "نسبت پرسنل به تعداد بیمار، فوق العاده کم است، نمی‌توانند آموزش لازم را به بیمارها بدهند، اگر پرسنل بخواد آموزش بده، وقتش را نداره".

مشارکت کننده پرستار ۴ در این باره می‌گوید: "ما تحت فشار کار می‌کنیم، ... من باید نیم ساعت وقت پیدا کنم، که از مریض بپرسم داروهات را درست مصرف می‌کنی یا نه؟

تبعیت از قوانین و مقررات دست و پا گیر

یکی از طبقات فرعی عوامل مربوط به سیستم مراقبت بهداشتی، 'تبعیت از قوانین و مقررات دست و پا گیر' در بیمارستان بود.

مشارکت‌کننده پرستار ۳ می‌گوید: "بیماران ما سرپایی محسوب می‌شوند،امکان دسترسی به کامپیوتر و درخواست دارو نداریم .... داروخانه به ما دارو نمی‌ده، می‌گن باید بیمار پرونده تحت نظر داشته باشه، از روی شماره پرونده برای او درخواست دارو بکنید، که ما این امکان را نداریم".

نبود دارو در بخش همودیالیز

نبود دارو در بخش همودیالیز، زیرطبقه عوامل مربوط به تبعیت از قوانین و مقررات دست و پا گیر بود. به نحوی که علاوه بر بیماران و همراهان، پزشکان نیز از این فقدان گلایه داشتند.

مشارکت کننده پزشک ۲ می‌گوید: "خیلی از وقت‌ها مریض تو بخش دیالیز تهوع، استفراغ پیدا می‌کنه، معده درد داره، اما تو بخش همودیالیز دارو نیست، باید نسخه بشه، اگر مریض همراه داشته باشه، بره از داروخانه بیرون از بیمارستان دارو را تهیه بکنه".

مشارکت‌کننده همراه بیمار ۱ می‌گوید: "باید از قبل اطلاع بدن، من دفترچه بیمارم را بیارم، که دکتر برای او دارو بنویسه، ... نه این که داروهای بیمار تمام شده، .... مریضم دو هفته دارو نگرفته".

کفایت حمایت اجتماعی

یکی از طبقات فرعی عوامل مربوط به سیستم مراقبت بهداشتی، "کفایت حمایت اجتماعی" بود. حمایت اجتماعی از بیماران تحت همودیالیز، می‌تواند مصرف دارو توسط بیماران را تا حد بسیار زیادی تضمین کند.

همدلی اعضاء خانواده

یکی از زیرطبقات حمایت اجتماعی، همدلی اعضاء خانواده بود. نداشتن مراقب و همراه ثابت برای بیمار، یکی از عوامل مهم جهت تداوم مصرف داروها بود.

مشارکت کننده پرستار ۱ می‌گوید: "هر دفعه یکی از بچه‌ها مریضش را می‌آره، برای یکی‌شون توضیح می‌دی، جلسه بعد یکی دیگه مریض را می‌آره، بهش می‌گم که اپرکس آوردین، می‌گه نمی‌دانم".

مشارکت کننده پرستار ۷ می‌گوید: "باید زیر نظر یکی از اعضای خانواده‌شون باشند، که داروها را به آن‌ها بدهند و برای آن‌ها قبل از این که داروهاشون تمام بشه، دارو نسخه بشه که این‌ها دارو داشته باشند، تا در مصرف داروهاشون وقفه نیفته و داروهاشون مرتب مصرف بشه.... یه عده از بیمارها که فرزندان‌شون از اون‌ها مراقبت می‌کنند، دخترها و پسرهاشون هر کدام یه جور داروها را به مریض می‌دهند، این باعث می‌شه که داروهای مریض منظم مصرف نشه".

همکاری داروخانه بیمارستان

یکی از زیرطبقات ضرورت حمایت اجتماعی، همکاری داروخانه بیمارستان بود، بیمارها به حمایت

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-03-29]

بیمارستان چشم امید داشتند، آن‌ها انتظار داشتند که داروخانه بیمارستان، امکانات دسترسی آنان به دارو را بهبود ببخشد.

مشارکت کننده بیمار ۸ می‌گوید: "الان بیمارستان داروخانه داره، انواع و اقسام داروها را هم دارند، اگر داروهای ما را اینجا بدن، خیلی عالیه".

مشارکت کننده پرستار ۳ می‌گوید: "اگر طوری بود که داروخانه بیمارستان داروهاشون را در اختیارشون می‌گذاشت، خوب بود".

همیاری خیرین

یکی از زیرطبقات ضرورت حمایت اجتماعی، همیاری خیرین بودند. خیرین و همیاری آن‌ها در تهیه نیازمندی‌های بیماران بخش همودیالیز از تهیه دستگاه همودیالیز، تا پتو و ... و حتی تهیه دارو برای بیماران از اهمیت ویژه برخوردار بود.

مشارکت کننده پرستار ۳ می‌گوید: "برای برخی از بیمارامون که نیازمندند از جاهای مختلف برای اون‌ها کمک‌های نقدی می‌رسه، پرسنل بیمارستان هم به اون‌ها کمک می‌کنند".

مشارکت کننده پرستار ۲ می‌گوید: "حالا بیمار، برای تهیه داروهایی که آزاد بوده، هم باید پول پرداخت بکنه، .... شاید انجمن دیالیز بتوانه از طریق خیرین کمکی بکنه".

مساعدت همتایان

یکی از زیرطبقات ضرورت حمایت اجتماعی، مساعدت همتایان بود. سایر بیمارهای بخش همودیالیز هم که مشکلات تهیه دارو را تجربه کرده بودند، ترجیح می‌دادند داروهای تهیه شده‌ای که در آن شرایط، مورد نیاز آن ها نبود، به سایر بیماران اهدا کنند.

مشارکت کننده پرستار ۷ می‌گوید: "بیمارهایی که پیوند شدند، همراهاشون داروهایی که تهیه کردند را می‌آورند به ما می‌دهند، ما دارو را به کسانی که اون دارو را مصرف می‌کنند و نیازمندند، می‌دیم. .... یا بیمارهایی که فوت کردند، اپرکس‌هاشون تو بخش باقی می‌مونه، یا مریضی اپرکس را تهیه کرده، اما دکتر اپرکسش را قطع کرده، می‌آرن تو بخش می‌گذارند، ما برای بیمارانی که دارو ندارند، یا یادشون رفته دارو بیارن، استفاده می‌کنیم".

بحث

یافته‌های این مطالعه نشان داد که درون‌مایه اصلی مطالعه "عدم پایبندی به مصرف دارو" بود، از دست دادن یک دوز دارو با وجود شواهد خود ارزیابی در بررسی لیست داروها و یا عدم فراهم نمودن دارو در مراجعه به کلنیک، عدم پایبندی نامیده می‌شود(۳). عدم پایبندی به مصرف دارو، یکی از موارد شایع و افزایش دهنده مشکلات در بیماران تحت همودیالیزی است(۲۳). در مطالعه‌ای ۲۶/۸ درصد بیماران به یک یا چند دارو غیرپایبند بودند. در مصرف داروهای قلبی معمولاً پایبندی نداشتند. باند شونده‌های فسفات نیز بدون شواهد آماری معنی‌دار معمولاً مصرف نمی‌شدند(۳). پایبندی به مصرف باند شونده‌های فسفات، به منظور حفظ سطح مطلوب فسفات و به حداقل رساندن بیماری‌های استخوان در این بیماران مورد نیاز است(۲۴). مرور متون نشان می‌دهد که عدم پایبندی به مصرف داروها در بیماران همودیالیز از ۳ تا ۸۰ درصد است(۲۵). یافته این مطالعه با نتایج مطالعه Kammerer و همکاران (۲۰۰۷) که می‌نویسند: بیماران ESRD در جنبه‌های مختلف درمان از قبیل برنامه‌های دارویی و محدودیت‌های رژیم غذایی و مایعات، عدم پایبندی را نشان می‌دهند، همسو می‌باشد(۷). عدم پایبندی به مصرف دارو، یک مشکل شایع در بیماران تحت همودیالیز است، که به کنترل ضعیف قند خون، فشار خون و فسفات منجر می‌شود. بنابراین تبیین عوامل موثر بر پایبندی به مصرف داروها ارزشمند می‌باشد و به بهبود مصرف داروها در بیماران تحت همودیالیز منجر می‌گردد.

یافته‌های این مطالعه نشان داد که سه طبقه "عوامل مربوط به بیمار"، "عوامل مربوط به دارو" و "عوامل

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-03-29]

مربوط به سیستم مراقبت بهداشتی" در عدم پایبندی به مصرف دارو در بیماران ESRD مطرح بود. Kammerer و همکاران (۲۰۰۷) معتقدند پایبندی به مصرف دارو نیازمند تمرکز به دو عامل بیمار و مشکلات سیستمی و روابطی است، به نحوی که توانایی بیمار برای پایبندی به برنامه‌های دارویی و درمانی را در بر گیرد. معمولا این تمایل وجود دارد که بیمار به عنوان عامل عدم پایبندی به برنامه دارویی شناخته شود، عوامل دیگر مانند روابط ارائه دهندگان مراقبت از بیمار و سیستم مراقبت‌های بهداشتی، سلامتی که بیمار را احاطه کرده است، عمدتا نادیده گرفته می‌شوند. در حالی که عوامل دسته دوم، اثرات قابل توجهی در پایبندی به برنامه درمانی دارند(۷). یافته‌های این مطالعه نشان داد یکی از طبقات فرعی در عدم پایبندی به مصرف داروها، ابعاد روانی شامل زیرطبقات نپذیرفتن بیماری، سهل انگاری، فراموشی، ناامیدی، ترس از بروز عوارض جانبی و بی‌اعتمادی به اثرات دارو بود. شواهد نشان می‌دهد بیماری که به بیماری خود و نیاز به مراقبت باور داشته باشد، از برنامه درمانی پیروی خواهد کرد(۲۶). خستگی از درمان، فراموشی، مشخصات و نوع داروها از عوامل عدم پایبندی در مصرف دارو محسوب می‌شوند(۲۷). در مطالعه‌ای میزان بروز عوارض جانبی دارو ۴۶ درصد، هیپوناترمی (۳۲ درصد)، هیپوگلیسمی (۱۶ درصد) و هیپوکالمی (۱۰ درصد) بود(۸). عدم پایبندی به برنامه درمان دارویی، به دفعات سبب بروز عوارض متعدد و تهدید حیات برای بیماران همودیالیزی می‌شود(۲۸). برخی از بیماران که خود را برای مقابله با چالش‌های موجود همودیالیز آماده نمی‌کنند و تمایلی برای رسیدن به سازگاری نشان نمی‌دادند، به جای حل مسئله، رو به رفتارهای احساسی گذاشته، با رفتارهای عاطفی نابهنجار مانند خشونت، پرخاشگری و عدم پیروی از برنامه‌های درمانی، به مقاومت علیه درمان‌ها پرداخته و شرایط خود را وخیم‌تر می‌کنند. در حالی که افزایش توانایی و خودمراقبتی بیماران جهت مسئولیت‌پذیری در قبال درمان‌ها، به کیفیت زندگی و نتایج بهتر برای بیماران منجر می‌گردد(۲۹،۳۰). در مطالعه Karamanidou و همکاران (۲۰۰۸) مداخلات آموزشی پیرامون ابعاد روانی به بهبود پایبندی در مصرف داروها منجر شد(۳۱). یافته‌های این مطالعه نشان داد که یکی از طبقات فرعی در عدم پایبندی به مصرف داروها، ناتوانی‌های متعدد بود که در وضعیت مشارکت بیمار تاثیرگذار بود. Aasen و همکاران (۲۰۱۲) معتقدند مشارکت فعال بیمار و همراهان آن‌ها در فرآیند مراقبت و درمان همودیالیز مورد نیاز است(۳۲). برخی شواهد حاکی از آن است که بیماران مزمن، تمایل بیش‌تری برای مشارکت در درمان‌های خود دارند که می‌تواند با منافع درمانی همراه باشد(۳۳). سید رسولی و همکاران (۲۰۱۳) می‌نویسند: مداخلات ارتقاء دهنده ادراک بیماری به ارتقاء برخی ابعاد تبعیت از درمان در بیماران تحت همودیالیز منجر می‌شود. البته با توجه به کمبود متون پژوهشی نیاز به مطالعات بیش‌تری در این زمینه وجود دارد(۳۴). یافته‌های این مطالعه نشان داد که یکی از طبقات فرعی در عدم پایبندی به مصرف داروها، کمبود آگاهی نسبت به فواید دارو، با زیرطبقات نداشتن سواد، باورهای نادرست و نیاز به آموزش بود. نویسندگان معتقدند یکی از عوامل قابل اصلاح، عدم آگاهی و دانش نسبت به هدف از تجویز داروها است(۳۵، ۳۶). عدم آگاهی در میان بیماران و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی از جمله موانع موجود در برنامه‌های مراقبتی در این بیماران است(۳۷). Battistella و همکاران (۲۰۱۶) می‌نویسند: کمبود آگاهی بیماران در رابطه با تداخلات دارویی، انعطاف پذیری در رابطه با زمان‌بندی مصرف دارو و چگونگی بهترین نحوه مدیریت داروها که نیازمند مصرف با و یا بدون غذا هستند، می‌باشند(۱۰). به نظر می‌رسد تدوین برنامه آموزشی مناسب برای بیماران همودیالیزی بی‌سواد می‌تواند به مصرف داروها کمک نماید. این بیماران باید بر اساس توانایی‌های خود در دریافت اطلاعات و مراقبت از خود تلاش کنند(۲۶). برنامه‌های آموزشی

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-03-29]

می‌تواند اطلاعات و دانش‌بیماران را افزایش داده و پای‌بندی به مصرف دارو را ارتقاء بخشد، افزایش قابل توجهی در دانش و انطباق دارویی ایجاد نماید(۳۸). رامبد و همکاران (۲۰۱۰) معتقدند پرستاران از طریق آموزش به بیماران، می‌توانند پیروی از رژیم درمانی را افزایش دهند(۳۹). اما Battistella و همکاران (۲۰۱۶) معتقدند با وجود یک برنامه آموزش دارویی ویژه، تقریبا یک چهارم از بیماران هم‌چنان در مصرف دارو با مشکلات مواجه هستند و آموزش سنتی در رابطه با داروها کافی نیست. بنابراین آموزش بیمار محور در زمینه اطلاعات، مخصوصاً تاکید بر نیازهای آموزشی به منظور توانمندسازی بیماران با توجه به مواردی که آن‌ها باید و قادر به اصلاح جنبه‌های خودمراقبتی می‌باشند، ضروری است(۱۰).

یافته‌های این مطالعه نشان داد که یکی از طبقات فرعی در عدم پایبندی به مصرف داروها، محدودیت‌ها و استیصال مالی بود. رعایت برنامه درمان دارویی تا حد زیادی به شرایط اقتصادی بیماران بستگی دارد. تهیه داروهای همودیالیز برای کسانی که وضعیت اجتماعی و اقتصادی مناسبی نداشتند و گاهی به اعضاء خانواده وابسته بودند، سخت بود و همین مشکل مانعی برای تهیه و استفاده از داروها می‌گردید. یکی از مهم‌ترین عوامل تنش‌زای مؤثر بر زندگی بیماران همودیالیزی، مشکلات اقتصادی است که مانع از رعایت رژیم غذایی و یا تهیه داروهای مورد نیاز آن‌ها می‌شود(۴۰).

یافته‌های این مطالعه نشان داد که یکی از طبقات در عدم پایبندی به مصرف داروها، عوامل مربوط به دارو با زیرطبقات کمبود دسترسی به برخی داروها، مشخصات دارو و پیچیدگی دستیابی به دارو بود. نتایج برخی مطالعات دیگر نیز نشان داده که یکی از عوامل قابل اصلاح، عدم دسترسی به داروهای نسخه شده است(۳۵، ۳۶). هم‌چنین مصرف داروهای متعدد (میزان بالای چند دارویی)، با مشکلات مربوط به دارو مانند تداخلات دارویی، شیوع بالای عوارض جانبی دارو و پایبندی کم به مصرف دارو همراه است(۸).

یافته‌های این مطالعه نشان داد که یکی از طبقات در عدم پایبندی به مصرف داروها، عوامل مربوط به سیستم مراقبت بهداشتی با زیرطبقات کمبود پرستاران، تبعیت از قوانین و مقررات دست و پا گیر و کفایت حمایت اجتماعی بود. توجه به تعداد پرستاران و استاندارسازی منابع انسانی در بخش‌ها و مراکز بهداشتی و درمانی اهمیت دارد، تا اقدامات پرستاری با شناخت واقعی نیازهای بیماران صورت گیرد(۴۱). کمبود پرستاران و فشار کاری زیاد از موانع مراقبت در بیماران تحت همودیالیز است(۴۲). برنامه‌ریزی مراقبت از بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه در بخش‌های همودیالیز بسیار مشکل است(۴۳). از بین عوامل متعدد در عدم پایبندی به مصرف داروها، عوامل اجتماعی بیش از عوامل دموگرافیک و بالینی مطرح و تاثیرگذار می‌باشد. بیماران همودیالیزی علاقمندند با اعضای خانواده تعاملات خود را حفظ نموده و مورد حمایت آنان قرار گیرند و آن‌ها با دلسوزی مراقب امور درمانی همودیالیز مانند جلسات دیالیز، مصرف دارو، رژیم غذایی و رعایت بهداشت بیمار باشند. تعاملات اجتماعی، حمایت‌های مسئولین و افراد جامعه برای آن‌ها و خانواده‌شان بسیار ارزشمند می‌باشد(۲۶). تشویق این بیماران در تصمیم‌گیری پیرامون مصرف داروها از وظایف مهم افراد حرفه‌ای در گروه مراقبت می‌باشد(۴۴). افراد حرفه‌ای و مختلف در گروه مراقبت بهداشتی، فراهم کننده مراقبت از این بیماران در بیمارستان هستند و هماهنگی لازم در مراقبت بیمارستان و منزل را فراهم می‌کنند، که می‌تواند پایبندی به برنامه درمانی، اثربخشی درمان و کیفیت زندگی بیماران را تامین نمایند(۴۵). این مطالعه، اولین پژوهشی است که در این زمینه انجام گرفته، هم‌چنین از آن‌جا که این مطالعه به صورت کیفی و تحلیل محتوا در یک مرکز همودیالیز و با تعداد مشارکت‌کنندگان محدود انجام شد، انجام مطالعات مشابه در مراکز متعدد و نیز انجام کارآزمایی‌های بالینی با استفاده از برنامه‌های آموزشی

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-03-29]

ساختارمند، به منظور ارتقاء پایبندی به مصرف دارو در بیماران همودیالیزی پیشنهاد می‌شود.

در پایان می‌توان نتیجه گیری کرد که از آن‌جا که عدم پایبندی به مصرف دارو، تهدیدی قابل اصلاح، برای سلامتی بیماران تحت همودیالیز محسوب می‌شود، ارائه مداخلات و استراتژی‌هایی که بتواند به ایجاد انگیزه و ارتقاء پایبندی به مصرف دارو منجر شود، ارزشمند است. بنابراین اعضاء گروه مراقبت بهداشتی با اتخاذ راهبردهای مناسب می‌توانند مدیریت فردی بیماران در مصرف دارو را ارتقاء دهند.

سپاسگزاری

این مطالعه حاصل طرح پژوهشی شماره ۶۲۱ مورخ ۱۳۹۲/۱۲/۱۲ و جلسه کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی سمنان در تاریخ ۱۳۹۲/۱۲/۲۵ به شماره ۹۲/۴۲۰۷۴۱ می‌باشد. از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی سمنان که اجرا و هزینه‌های این طرح را مورد حمایت قرار دادند، قدردانی می‌شود. از مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و واحد توسعه تحقیقات بالینی مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی کوثر دانشگاه علوم پزشکی سمنان بابت تایید و تامین تسهیلات این تحقیق تقدیر و تشکر می‌شود. هم‌چنین از بیماران و همراهان آن‌ها، پرستاران و پزشکان محترم بخش مراقبت ویژه همودیالیز و مسئول محترم بخش کلینیکی درمانگاه بیمارستان کوثر سمنان صمیمانه سپاسگزاری می‌شود.

References

1. Chiaranai C. The Lived Experience of Patients Receiving Hemodialysis Treatment for End-Stage Renal Disease: A Qualitative Study. J Nurs Res 2016; 24(2): 101-108.
2. Alkatheri AM, Alyousif SM, Alshabanah N, Albekairy AM, Alharbi S, Alhejaili FF, et al. Medication adherence among adult patients on hemodialysis. Saudi J Kidney Dis Transpl 2014; 25(4): 762-768
3. Jeloka T, Toraskar D, Sanwaria P, Niture S. Regular monthly prescription with knowledge of each medicine may improve drug adherence in hemodialysis patients. Indian J Nephrol 2014; 24(2): 131-132.
4. Belaiche S, Romanet T, Bell R, Calop J, Allenet B, Zaoui P. Pharmaceutical care in chronic kidney disease: experience at Grenoble University Hospital from 2006 to 2010. J Nephrol 2012; 25(4): 558-565.
5. Mukhtar O, Weinman J, Jackson SH. Intentional non-adherence to medications by older adults. Drugs Aging 2014; 31(3): 149-157.
6. Morgan L. A decade review: methods to improve adherence to the treatment regimen among hemodialysis patients. Nephrol Nurs J 2000; 27(3): 299-304.
7. Kammerer J, Garry G, Hartigan M, Carter B, Erlich L. Adherence in patients on dialysis: strategies for success. Nephrol Nurs J 2007; 34(5): 479-486.
8. Chakraborty S, Ghosh S, Banerjea A, De RR, Hazra A, Mandal SK. Prescribing patterns of medicines in chronic kidney disease patients on maintenance hemodialysis. Indian J Pharmacol 2016; 48(5): 586-590.
9. Schmid H, Hartmann B, Schiffl H. Adherence to prescribed oral medication in adult patients undergoing chronic hemodialysis: a critical review of the literature. Eur J Med Res 2009; 14(5): 185-190.
10. Battistella M, Fleites R, Wong R, Jassal SV. Development, validation, and implementation of a medication adherence survey to seek a better understanding of the hemodialysis

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-03-29]

patient. Clin Nephrol 2016; 85(1): 12-22.

11. Gerbino G, Dimonte V, Albasi C, Lasorsa C, Vitale C, Marangella M. Adherence to therapy in patients on hemodialysis. G Ital Nefrol 2010; 28(4): 416-424.
12. Lindberg M, Lindberg P. Overcoming obstacles for adherence to phosphate binding medication in dialysis patients: a qualitative study. Pharm World Sci 2008; 30(5): 571-576.
13. Chiaranai C. The Lived Experience of Patients Receiving Hemodialysis Treatment for End-Stage Renal Disease: A Qualitative Study. J Nurs Res 2016; 24(2): 101-108.
14. Browne T, Merighi JR. Barriers to adult hemodialysis patients' self-management of oral medications. Am J Kidney Dis 2010; 56(3): 547-557.
15. Krespi Boothby MR, Salmon P. Self-efficacy and hemodialysis treatment: a qualitative and quantitative approach. Turk Psikiyatri Derg 2013; 24(2): 84-93.
16. 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; 16(3): 222-235.
17. Krespi MR, Bone M, Ahmad R, Worthington B, Salmon P. Hemodialysis patients' evaluation of their lives. Turk Psikiyatri Derg 2008; 19(4): 365-372.
18. Bissell P, Ryan K, Morecroft C. Narratives about illness and medication: a neglected theme/new methodology within pharmacy practice research. Part I: Conceptual Framework. Pharm World Sci 2006; 28(2): 54-60.
19. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. Qual Health Res 2005; 15(9): 1277-1288.
20. Polit D, Beck C. Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice. Philadelphia, LWW. 2013.
21. Corbin J, Strauss A. Basics of Qualitative Reseach: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory. 4thed. Los Angeles: SAGE publication; 2008.
22. Granheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Educ Today 2004; 24(2): 105-112.
23. Theofilou P. Medication adherence in Greek hemodialysis patients: the contribution of depression and health cognitions. Int J Behav Med 2013; 20(2): 311-318.
24. Sandlin K, Bennett PN, Ockerby C, Corradini AM. The impact of nurse-led education on haemodialysis patients'phosphate binder medication adherence. J Ren Care 2013; 39(1): 12-18.
25. Bland R, Cottrell R, Guyler L. Medication compliance of hemodialysis patients and factors contributing to non-compliance. Dial Transplant 2008; 37(5): 174-178.
26. Nobahar M. Experience of the hemodialysis patient and medical staff about regarding of nursing care: A content analysis. J Qual Res Health Sci 2016; 4(4): 472-483 (Persian).
27. Sabi K, Noto-Kadou-Kaza B, Amekoudi Y, Tsevi M, Sylla F, Kossidze K, et al. Medication adherence of 65 patients in hemodialysis in Togo. Med Sante Trop 2013; 24(2): 172-176.
28. Nobahar, M. Factors affecting the safety of hemodialysis' patients in dialysis ward and their strengthening strategies. Koomesh 2016; 17(3): 574-562 (Persian).
29. MacGregor MS, Agar JW, Blagg CR. Home haemodialysis-international trends and

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-03-29]

variation. Nephrol Dial Transplant 2006; 21(7): 1934-1945.

30. Villarba A, Warr K. Home haemodialysis in remote Australia. Nephrology (Carlton) 2004; 9(Suppl 4): S134-137.
31. Karamanidou C, Weinman J, Horne R. Improving haemodialysis patients' understanding of phosphate-binding medication: a pilot study of a psycho-educational intervention designed to change patients' perceptions of the problem and treatment. Br J Health Psychol 2008; 13(Pt 2): 205-214.
32. Aasen EM, Kvangarsnes M, Heggen K. Nurses' perceptions of patient participation in hemodialysis treatment. Nurs Ethics 2012; 19(3): 419-430.
33. Barnes T, Hancock K, Dainton M. Training nurses to support greater patient engagement in haemodialysis. J Ren Care 2013; 39(Suppl 2): 10-18.
34. Seyyedrasooli A, Parvan K, Rahmani A, Rahimi Z. Effect of illness perception promoting interventions on treatment adherence in hemodialysis patients: A randomized controlled trial. IJCCN 2013; 6(2): 81-90 (Persian).
35. Katzir Z, Boaz M, Backshi I, Cernes R, Barnea Z, Biro A. Medication apprehension and compliance among dialysis patients--a comprehensive guidance attitude. Nephron Clin Pract 2010; 114(2): c151-157.
36. Schmid H, Hartmann B, Schiffl H. Adherence to prescribed oral medication in adult patients undergoing chronic hemodialysis: a critical review of the literature. Eur J Med Res 2009; 14(5): 185-190.
37. Rastogi A, Linden A, Nissenson AR. Disease management in chronic kidney disease. Adv Chronic Kidney Dis 2008; 15(1): 19-28.
38. So HS, Kim AY, Kim EA, Kim SM. Effects of a structured drug education program on knowledge and medication compliance for hemodialysis patients. Taehan Kanho Hakhoe Chi 2006; 36(7): 1135-1144.
39. Rambod M, Peyrovi H, Sareban M, Rafii F. Relationship of Self-Efficacy with Therapeutic Regimen and Clinical/Laboratory Outcomes in Hemodialysis Patient. IJN. 2010; 22(62): 41-47 (Persian).
40. Vosughi M, Movahedpour A. Comparison quality of life between hemodialysis and transplant patient in Ardabil medical centers. Ardabil Univ Med Sci J 2009; 9(2): 171-179 (Persian).
41. Shafipour V, Mohammadi E, Ahmadi F. The perception of cardiac surgery patients on comfortable resources: a qualitative study. Journal of Qualitative Research in Health Sciences 2012; 1(2): 123-134 (Persian).
42. Nobahar M, Tamadon MR. Barriers to and facilitators of care for hemodialysis patients; a qualitative study. J Renal Inj Prev 2016; 5(1): 39-44.
43. Rojas Russell M, Tirado Gómez LL, Pacheco Domínguez RL, Escamilla Santiago R, López Cervantes M. Work climate in Mexican hemodialysis units: a cross-sectional study. Nefrologia 2011; 31(1): 76-83.
44. Davison I, Cooke S. How nurses' attitudes and actions can influence shared care. J Ren Care 2015; 41(2): 96-103.
45. Tejada-Tayabas LM, Partida-Ponce KL, Hernández-Ibarra LE. Coordinated hospital-home care for kidney patients on hemodialysis from the perspective of nursing personnel. Rev Lat Am Enfermagem 2015; 23(2): 225-233.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-03-29]