

## تقييم التزام مرضى الداء الكلوي النهائي بالنظام العلاجي الموصوف

\* الدكتورة فاطمة حلاج

\*\* الدكتور حسين سعيد

\*\*\* مصطفى الحسين

(تاريخ الإيداع 8 / 9 / 2015. قُبِلَ للنشر في 9 / 11 / 2015)

### □ ملخص □

يعتبر الالتزام بالنظام العلاجي أحد التحديات التي تواجه مرضى الداء الكلوي النهائي وذلك لما يتطلبه من كلفة مرتبطة بثمن الأدوية وجلسات التحال الدموي ونوعية التغذية إضافة إلى التعديلات المرتبطة بنمط الحياة.

**الهدف:** تقييم مدى التزام مرضى الداء الكلوي النهائي بالنظام العلاجي الموصوف ، المكان: أجريت الدراسة في أقسام التحال الدموي الموجودة في المشافي الحكومية التابعة لمحافظة اللاذقية وتشمل: مشفى الأسد الجامعي باللاذقية - المشفى الوطني باللاذقية - المشفى العسكري باللاذقية ( مشفى الشهيد زاهي أزرق ) - مشفى جبلة الوطني - مشفى القرداحة الوطني - مشفى الحفة الوطني . من المرضى المراجعين لمراكز التحال المذكورة أثناء فترة إجراء الدراسة بين 1 / 11 / 2014 وحتى 30 / 4 / 2015 . العينة: شملت الدراسة 230 مريضاً. الأدوات: تمت مقابلة المرضى بشكل مستقل لجمع البيانات المطلوبة باستخدام استمارة البيانات الديموغرافية الحيوية، وفي المرة الثانية بعد أسبوع تم تقييم التزامهم بالنظام العلاجي الموصوف باستخدام الاستمارة الخاصة، النتائج: 2,17% من المرضى كانوا ملتزمين بالنظام العلاجي الموصوف، وقد تأثر الالتزام ببعض العوامل كالمشفى الذي يخضع فيه المريض لجلسات التحال والدخل الشهري وتاريخ بدء العلاج.

**الكلمات المفتاحية:** التزام المرضى بالنظام العلاجي - النظام العلاجي للداء الكلوي النهائي.

\* مدرس - قسم تمريض البالغين - كلية التمريض - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

\*\* أستاذ - قسم أمراض الداخلية - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

\*\*\* طالب دراسات عليا (ماجستير) - قسم تمريض البالغين - كلية التمريض - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

## Assessing the compliance of end-stage renal disease patients with treatment regimens

Dr. Fatima Hallaj<sup>\*</sup>  
Dr. Husain Saeed<sup>\*\*</sup>  
Mustafa Al-hussin<sup>\*\*\*</sup>

(Received 8 / 9 / 2015. Accepted 9 / 11 / 2015)

### □ ABSTRACT □

Compliance of treatment regimens considers one of the challenge the end-stage renal disease patients, because of its highly cost related to medication, sessions, diets and the life style modification.

**Objective:** to assess the compliance of end-stage renal disease patients with treatment regimens. **Setting:** The study was carried out in all the hemodialysis departments in the governmental hospitals in Lattakia. These were Al-Assad Hospital- Public Lattakia Hospital- Military Hospital- Jablah Public Hospital- Al-Kurdaha Public Hospital- Al-Hafa Public Hospital. **Subjects:** the study consisted 230 patients of the hemodialysis department in the time of study from the first of November to April 2014. **Tool:** patients were interviewed individually to collect the necessary data using tool I, their compliance with treatment regimen were assessed using tool II. **Results:** only 2.17% of the patients were compliance with prescribed treatment regimen. Their compliance was affected by some factors like the hospital where they got sessions, monthly income, and with the date of beginning treatment.

**Key Words:** The compliance of patients with treatment regimens – Treatment regimens for end stage renal disease.

---

\* Assistant Professor, Adult Nursing Department, Faculty of Nursing, Tishreen University, Lattakia, Syria.

\*\* Professor, Medical Diseases Department, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

\*\*\* Postgraduate Student, Adult Nursing Department, Faculty of Nursing, Tishreen University, Lattakia, Syria.

## مقدمة:

الداء الكلوي النهائي هو النتيجة الأكثر خطورة لأمراض الكلى حيث تصبح فيه الكلى غير قادرة على أداء وظائفها بالمستوى المطلوب للمحافظة على الحياة، وذلك له آثار سلبية على أجهزة الجسم كافة<sup>(1)</sup>. ويعتبر التحال الدموي هو التداخل العلاجي الأكثر استخداماً للتخلص من الفضلات الناتجة عن عمليات الاستقلاب والسوائل المتراكمة في الجسم، ورغم فعاليته في تصحيح اضطرابات السوائل والشوارد وإزالة الفضلات المنتجة إلا أنه يترافق بالعديد من الاختلالات على كافة أجهزة الجسم<sup>(2)</sup>.

والمعالجة الناجحة لمرضى الداء الكلوي النهائي الخاضعين للتحال الدموي تتطلب تعاون المريض في الالتزام بالتعديلات المطلوبة في نمط الحياة التي تشمل نظام حماية غذائية خاص، تقييد شديد على السوائل المتناولة، نظام دوائي دقيق بالإضافة إلى برنامج تمارين رياضية<sup>(3, 4)</sup>. ويشكل الالتزام بالنظام العلاجي الموصوف لمريض الداء الكلوي النهائي المعالج بالتحال الدموي حجر الأساس لتحسين جودة الحياة والمحافظة على حالة جيدة من الصحة والتعافي<sup>(5)</sup>. ويمكن أن ينتج عن الفشل في الالتزام بإتباع النظام العلاجي نتائج سيئة في المدى القريب والبعيد على الصحة ومعدلات البقاء على قيد الحياة، ففي المدى القريب يشكل عدم الالتزام بالنظام العلاجي السبب الرئيسي لزيادة الاستشفاء بحالات طارئة وتطور مضاعفات على أجهزة الجسم مثل قصور القلب ووذمة الرئة، إضافة إلى ارتفاع نسبة المضاعفات الناجمة عن تراكم الفضلات الاستقلابية والسوائل وعن عدم تناول الأدوية مثل اضطرابات النظم القلبية وفقر الدم ونقص الكالسيوم، وهذا ينتج في المدى البعيد زيادة في الأعباء الصحية على الفرد والمجتمع من حيث التكلفة والإعاقة وقلة الإنتاجية، وزيادة في معدلات الإمبراضية والوفيات<sup>(6)</sup>.

تلعب الممرضة دوراً هاماً في التزام مرضى الداء الكلوي النهائي بالنظام العلاجي، كونها تقضي وقتاً طويلاً معهم أثناء جلسة التحال الدموي<sup>(7)</sup>. حيث أنها تقيم المريض بشكل مستمر وتحدد العادات السيئة في نمط حياته وبناءً عليها تقدم له التنقيف الصحي المناسب وتؤكد على أهمية الالتزام بمواعيد الجلسات والحمية والرياضة وتناول الأدوية الموصوفة وتعديلات نمط الحياة من أجل العيش بجودة حياة أفضل ممكنة وتقليل المضاعفات<sup>(8)</sup>.

## أهمية البحث وأهدافه:

### أهمية البحث:

هناك حاجة للمزيد من الدراسات لتسليط الضوء على مدى التزام مرضى الداء الكلوي النهائي بالنظام العلاجي الموصوف، ليكون لدينا قاعدة بيانات تمكننا من تحديد أسباب عدم الالتزام واقتراح الحلول الملائمة والبرامج التنقيفية.

### هدف البحث:

تقييم مدى التزام مرضى الداء الكلوي النهائي بالنظام العلاجي الموصوف .

### طرائق البحث ومواده:

نوع البحث: وصفي Cross Sectional Study.

مكان إجراء البحث: أجريت هذه الدراسة في أقسام التحال الدموي في جميع المشافي الحكومية التابعة لمحافظة اللاذقية وتشمل: مشفى الأسد الجامعي - المشفى الوطني - المشفى العسكري ( مشفى الشهيد زاهي أزرق ) - مشفى جبلة الوطني - مشفى القرداحة الوطني - مشفى الحفة الوطني.

الوقت والتوقيت: تم جمع البيانات في الفترة الواقعة بين 1 / 11 / 2014 وحتى 30 / 4 / 2015.

**عينة البحث:** شملت العينة جميع المرضى المراجعين للمشفى المذكورة خلال فترة إجراء البحث وعددهم الإجمالي كان 230 مريضاً.

**أدوات البحث:**

**الأداة I:** استمارة البيانات الديموغرافية الحيوية: وتضمنت النقاط التالية:

معلومات ديموغرافية (العمر - الجنس - الحالة الاجتماعية - .....

البيانات الحيوية (التاريخ الطبي والقصة العائلية).

النظام العلاجي الموصوف.

**الأداة II:** استمارة تقييم مدى التزام مرضى الداء الكلوي النهائي بالنظام العلاجي الموصوف وشملت:

جلسات التحال الدموي.

الأدوية الموصوفة.

الحمية المحددة.

السوائل المحددة.

**الطرق:**

تم الحصول على الموافقات الخاصة بإجراء البحث من الجهات المسؤولة.

تم تطوير أدوات البحث من قبل الباحث اعتماداً على المراجع والأدبيات ذات الصلة بموضوع البحث.

تم اختبار مصداقية وثبات أدوات البحث بعد عرضها على خمس خبراء في مجال الاختصاص.

تم عمل مسح للمرضى المراجعين لوحدات التحال الدموي في مشافي الدراسة لاختيار المرضى الذين تنطبق

عليهم معايير الدراسة.

تم مقابلة كل مريض بشكل مستقل لجمع المعلومات الديموغرافية والحيوية والنظام العلاجي الموصوف

باستخدام أدوات البحث (الأداة I).

تم مقابلة كل مريض مرة ثانية بعد أسبوع من اللقاء الأول لجمع البيانات عن درجة الالتزام بالنظام العلاجي

الموصوف باستخدام الأداة II.

تم إجراء التحليل الإحصائي باستخدام البرنامج الإحصائي Stata (version 6.0) واستخدمت الاختبارات

التالية: أدوات الإحصاء الوصفي: التكرار والتكرار النسبي - اختبار كاي مربع لمقارنة النسبة المئوية للمتغيرات الفئوية

بين المجموعات المختلفة- الفروق عند مستوى الدلالة P value أقل من 0,05 اعتبرت هامة إحصائياً- تم قياس ثبات

الاتساق الداخلي باستخدام معامل ألفا كرونباخ.

## النتائج المناقشة:

الجدول (1): توزيع المرضى حسب المشفى:

المشفى	العدد	النسبة المئوية
	n= 230	% 100
الوطني	86	37.39
الأسد	73	31.74

13.04	30	جبلية
8.7	20	العسكري
5.22	12	الحفة
3.91	9	القرداحة

يبين الجدول (1) توزيع المرضى حسب المشفى حيث شكل المرضى المراجعين للمشفى الوطني باللاذقية النسبة الأكبر من العينة وبلغت ( 37,39%) تلاه المرضى المراجعين لمشفى الأسد الجامعي بنسبة ( 31,34%) ، ثم المرضى المراجعين للمشفى الوطني في جبلية بنسبة ( 13,04%) من العينة. في حين كان ( 8,7%) من المرضى المراجعين للمشفى العسكري ، و (5,22%) من المرضى المراجعين للمشفى الوطني بالحفة و (3,91%) من المرضى المراجعين لمشفى القرداحة.

الجدول (2): توزيع المرضى حسب المواصفات الديموغرافية:

النسبة المئوية % 100	العدد n= 230	المواصفات الديموغرافية
		الجنس:
65.65	151	ذكر
34.35	79	أنثى
		العمر:
26.54	61	18- أقل من 40 سنة
41.73	96	40- أقل من 55 سنة
31.73	73	55- أقل من 65 سنة
46.56 ± 11.84		Mean ±SD
		الحالة الاجتماعية:
74.78	172	متزوج
25.22	58	عازب
		مستوى التعليم:
60.44	139	إعدادي وما دون
25.65	59	ثانوي
13.91	32	جامعي وما فوق
		العمل الحالي:
36.52	84	موظف
19.13	44	عمل يدوي
14.28	40	ربة منزل
12.85	36	متقاعد

6.78	19	طالب
3.04	7	عمل تجاري
الدخل الشهري:		
60	138	ضعيف
36.09	83	متوسط
3.91	9	مرتفع

يظهر الجدول (2) توزيع المرضى حسب الموصفات الديموغرافية حيث شكل الذكور النسبة الأكبر (65,65%) من المرضى في حين كان الإناث (34,35%). تراوح عمر المرضى من 18 إلى 64 سنة بمتوسط  $\pm 46,56$  سنة. المرضى من عمر 18- أقل من 40 سنة شكلوا 26,54% من العينة والغالبية كانوا 41,73% و 31,73% إما من عمر 40- حتى أقل من 55 سنة أو من 55- حتى أقل من 65 سنة على التوالي. فيما يخص الحالة الاجتماعية للمرضى كان غالبية المرضى (74,78%) متزوجاً و(25,22%) عازباً. وفيما يتعلق بالمستوى التعليمي النسبة الأكبر من المرضى 60,43% كانوا إعدادي وما دون. وأولئك الحاصلون على تعليم ثانوي شكلوا 25,65%. في حين أن المرضى الحاصلين على تعليم جامعي فما فوق كانوا فقط 13,91%. بالنسبة للعمل الحالي شكل الموظفون النسبة الأكبر 36,52%، والذين يمارسون أعمال يدوية 19,13%، في حين شكلت ربات المنازل 14,28%، والمتقاعدون 12,85% وكان 6,78% من المرضى طلاباً فقط و3,04% كانوا يعملون بالتجارة. أما بالنسبة للدخل الشهري فأكثر من نصف العينة 60,00% كان دخلهم الشهري ضعيفاً، في حين 36,09% كان دخلهم الشهري متوسطاً، فقط 3,91% كان دخلهم الشهري مرتفعاً.

الجدول (3): توزيع المرضى حسب الحالة الصحية:

النسبة المئوية	العدد	الحالة الصحية
% 100	n= 230	
87.82	202	الأمراض الأخرى: # أمراض قلبية وعائية.
82.17	189	سكري.
68.69	158	أمراض كلوية
28.69	66	أمراض هضمية
22.17	51	سوابق جراحية: # جراحات قلبية
5.65	13	جراحات هضمية

# أكثر من جواب.

يظهر الجدول (3) توزيع المرضى حسب الحالة الصحية حيث يبين الجدول أنه بالنسبة للأمراض الأخرى فإن غالبية المرضى (87,82%) لديهم أمراض قلبية وعائية. في حين 82,17% و 68,69% كان لديهم سكري وأمراض كلوية على التوالي، بينما 28,69% كان لديهم أمراضاً هضمية.

أما بالنسبة للسوابق الجراحية فإن 22,17% من المرضى كانوا قد خضعوا لجراحة قلبية و 5,65% خضعوا لجراحة على الجهاز الهضمي.

الجدول (4): توزع المرضى حسب النظام العلاجي الموصوف:

النسبة المئوية % 100	العدد n= 230	توزع المرضى حسب النظام العلاجي الموصوف:
جلسات التحال الدموي:		
		البداء:
32.31	74	أقل من سنة
46.29	106	من 1- إلى 5 سنوات
21.4	49	أكثر من 5 سنوات
		عدد جلسات التحال:
99.57	229	مرتان أسبوعياً
0.43	1	ثلاث مرات أسبوعياً
		مدة جلسات التحال:
0.43	1	أقل من 3 ساعات
98.26	226	من 3- 4 ساعات
1.3	3	أكثر من 4 ساعات
الأدوية الموصوفة: #		
100	230	أريثروبوتين
100	230	مضادات التخثر
80.86	186	خافضات التوتر الشرياني
65.65	151	المدرات البولية
54.78	126	فيتامينات ومعادن
25.56	59	المسكنات
18.26	42	خافضات السكر الفموية/ الأنسولين
11.3	26	أدوية الجهاز الهضمي
8.26	19	مضادات الهيستامين
5.38	14	خافضات الشحوم
4.78	11	الصادات الحيوية
1.3	3	مضادات الاكتئاب

# أكثر من جواب.

يبين الجدول (4) توزيع المرضى حسب النظام العلاجي الموصوف حيث يظهر الجدول أن 46,29% من المرضى بدعوا بالعلاج بجلسات التحال منذ فترة من 1- إلى 5 سنوات، و 32,31% من المرضى بدعوا بالجلسات منذ أقل من سنة، في حين 21,4% بدعوا بالجلسات منذ أكثر من 5 سنوات. تقريباً جميع المرضى (99,57%) لديهم جلستين في الأسبوع، ما عدا مريض واحد فقط لديه ثلاث جلسات أسبوعياً. أما فيما يخص مدة جلسات التحال فغالبية المرضى (98,26%) كانت مدة الجلسة لديهم من 3-4 ساعات، و فقط ثلاث مرضى كانت مدة الجلسة لديهم أكثر من 4 ساعات، ومريض واحد فقط كانت مدة الجلسة لديه أقل من 3 ساعات. فيما يخص الأدوية الموصوفة لجميع المرضى (100,00%) وصف لهم الايثروبيوتين ومضادات التخثر وشكلت خافضات التوتر الشرياني 80,86%، في حين أن 65,65% من المرضى وصف لهم المدرات البولية. و 54,78% وصف لهم الفيتامينات والمعادن.

الجدول (5): تصنيف المرضى حسب درجة الالتزام بالنظام العلاجي الكلي:

النظام العلاجي		ملتزم		متوسط الالتزام		غير ملتزم		الكلي
		%	No	%	No	%	No	%
الالتزام بجلسات التحال الموصوفة		47.39	109	48.26	111	4.35	10	100%
الالتزام بالأدوية الموصوفة		0.0	0	6.09	14	93.91	216	100%
الالتزام بالحمية المحددة		16.96	39	46.52	107	36.52	84	100%
الالتزام بالسوائل المحددة		23.48	54	54.35	125	22.17	51	100%
الالتزام الكلي		2.17	5	67.83	156	30	69	100%

يظهر الجدول (5) تصنيف المرضى حسب درجة الالتزام بالنظام العلاجي الكلي. حيث كان معظم المرضى 67,83% متوسطي الالتزام بالنظام العلاجي الكلي وما يقارب الثلث 30,0% غير ملتزمين و فقط 2,17% كانوا ملتزمين بالنظام العلاجي الكلي. كانت نسبة المرضى الملتزمين بالنظام العلاجي الكلي 2,17% وذلك بنسبة 47,93% بالنسبة للالتزام بجلسات التحال و 23,48% بالنسبة للالتزام بالسوائل و 16,96% بالنسبة للالتزام بالحمية في حين لم يكن هناك التزام (0,0%) بتناول الأدوية الموصوفة جميعها. في حين أن نسبة المرضى متوسطي الالتزام بالنظام العلاجي الكلي 67,83% وذلك بنسبة 54,35% بالنسبة للالتزام بالسوائل و 48,26% بالنسبة للالتزام بجلسات التحال و 46,52% بالنسبة للالتزام بالحمية و 6,09% بالنسبة للالتزام بتناول جميع الأدوية الموصوفة. من ناحية أخرى فإن 30,0% كانوا غير ملتزمين بالنظام العلاجي الكلي حيث كانت النسبة مرتفعة 93,91% بالنسبة لعدم الالتزام بجميع الأدوية الموصوفة، في حين أن نسب غير الملتزم بالحمية والسوائل المحددة و جلسات التحال الموصوفة هي 36,52% و 22,17% و 4,35% على التوالي.



الجدول (6): العلاقة بين الموصفات الديموغرافية للمرضى والالتزام الإجمالي بالنظام العلاجي الموصوف:

P value	غير ملتزم		متوسط الالتزام		ملتزم		درجة الالتزام البنود
	%	No	%	No	%	No	
P=0.001*	24.66	18	75.34	55	0.0	0	المشفى: الأسد
	33.72	29	65.12	56	1.16	1	الوطني
	40.0	8	45.0	9	15.0	3	العسكري
	30.0	9	70.0	21	0.0	0	جبلية
	0.0	0	91.67	11	8.33	1	الحفة
	55.56	5	44.44	4	0.0	0	القرداحة
P=0.366	35.44	28	63.29	50	1.27	1	الجنس: أنثى
	27.15	41	70.2	106	2.65	4	ذكر
P=0.388	26.23	16	72.13	44	1.64	1	العمر: 18- أقل من 40 سنة
	31.25	30	64.58	62	4.17	4	40- أقل من 55 سنة
	31.51	23	68.49	50	0.0	0	55- أقل من 65 سنة
P=0.317	22.41	13	75.86	44	1.72	1	الحالة الاجتماعية: عازب
	32.56	56	65.12	112	2.33	4	متزوج
P=0.231	31.65	44	66.19	92	2.16	3	مستوى التعليم: إعدادي وما دون
	32.2	19	67.8	40	0.0	0	ثانوي
	18.75	6	75	24	6.25	2	جامعي وما فوق
P=0.006*	36.23	50	63.77	88	0.0	0	الدخل الشهري: ضعيف
	20.48	17	74.7	62	4.82	4	متوسط
	22.22	2	66.67	6	11.11	1	مرتفع
P=0.048*	20.27	15	78.38	58	1.35	1	تاريخ بدء العلاج: أقل من سنة
	31.13	33	66.98	71	1.89	2	من 1-5 سنوات
	42.0	21	54.0	27	4.0	2	أكثر من 5 سنوات

• P ≤ 0.05 ذات دلالة هامة.

يظهر الجدول (6) العلاقة بين الموصفات الديموغرافية للمرضى والالتزام الإجمالي بالنظام العلاجي الموصوف. أثر المشفى الذي كان يجري فيه المريض جلسات التحال على الالتزام الإجمالي بالنظام العلاجي الموصوف حيث لم يوجد أي مريض غير ملتزم في مشفى الحفة وتلاه أقل نسبة للمرضى غير الملتزمين بالنظام العلاجي هي في مشفى الأسد مقارنة بالمشافي الأخرى والمتغيرات كانت ذات دلالة إحصائية هامة ( $P=0.001$ ). أيضاً أثر الدخل الشهري للمرضى على درجة التزامهم بالنظام العلاجي حيث كانت نسبة الملتزمين من المرضى ذوي الدخل الشهري الضعيف معدومة. والمتغيرات كانت ذات دلالة إحصائية هامة ( $P=0.006$ ). نفس الأمر بالنسبة لتاريخ بدء العلاج حيث ازدادت نسبة غير الملتزمين بالنظام العلاجي كلما زادت عدد سنوات البدء في العلاج. والمتغيرات كانت ذات دلالة إحصائية هامة ( $P=0.048$ ). في حين لم يؤثر كل من الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية ومستوى التعليم على الالتزام الإجمالي بالنظام العلاجي الموصوف. والمتغيرات لم تكن ذات دلالة إحصائية هامة ( $P=0.23, P=0.317, P=0.388, P=0.366$ ) على التوالي.

#### المناقشة:

بينت نتائج الدراسة الحالية بأن أكثر من ثلثي المرضى كانوا متوسطي الالتزام بالنظام العلاجي الكلي الموصوف والذي يشمل جلسات التحال والأدوية الموصوفة والحمية والسوائل وتقريباً ثلثهم كانوا غير ملتزمين بالنظام العلاجي الكلي الموصوف في حين فقط خمسة مرضى كانوا ملتزمين بشكل كامل من حيث حضور جميع جلسات التحال وحضور الجلسة في موعدها المحدد واستمرار الجلسة حتى نهايتها وتناول جميع الأدوية الموصوفة وتناول الكمية المحددة من الأغذية المسموحة وعدم تناول الأغذية الممنوعة (جدول 5). هذه النتائج متوافقة مع ما أبلغ عنه في دراسة أجريت في ماليزيا (2012)<sup>(9)</sup>، وتختلف مع ما ذكر في دراسة أجريت في المملكة العربية السعودية (2014)<sup>(10)</sup> التي أكدت أن غالبية المرضى ملتزمون بالنظام العلاجي الكلي. هذا الاختلاف قد يكون بسبب وجود أنظمة صحية متقدمة لرعاية مرضى الداء الكلوي النهائي المعالجين بالتحال في المملكة العربية السعودية وإلى وجود نظام تأمين صحي شامل للمرضى وبرامج تثقيفية مستمرة لهؤلاء المرضى وهو غير متوفر في دراستنا.

بحسب نتائج الدراسة الحالية فإن أقل من نصف المرضى كانوا ملتزمين بجلسات التحال الموصوفة لهم، (جدول 5). هذه النتائج دعمت نتائج دراسة أجريت في المملكة العربية السعودية (2014)<sup>(10)</sup>. في حين كانت متعارضة مع نتائج دراسة أجريت في ماليزيا (2012)<sup>(9)</sup> والتي بينت أن غالبية المرضى ملتزمون بجلسات التحال الدموي. وربما تعود هذه النسبة المرتفعة من الالتزام إلى الأهمية التي يوليها المرضى لعملية التحال الدموي التي تعتبر حجر الأساس في العلاج، في حين أن المرضى في دراستنا كان لديهم نسبة مرتفعة من المضاعفات المرافقة للجلسات كالتشنج والألم وانخفاض التوتر الشرياني وهذا ما منعهم من إكمال الجلسة حتى نهايتها.

بينت نتائج الدراسة الحالية بالنسبة للأدوية الموصوفة أن أغلب المرضى غير ملتزمين بتناول جميع الأدوية الموصوفة (جدول 5). هذه النتائج متوافقة مع ما أبلغ عنه في دراسات أخرى أجريت في السويد (2007)<sup>(11)</sup> وفي كولومبيا (2013)<sup>(12)</sup>. وهذه النسبة المنخفضة للالتزام بالأدوية قد تكون لعدم قدرة بعض المرضى على توفير هذه الأدوية إضافة إلى اعتقادهم بعدم فائدة الأدوية وبأن الأهمية الأكبر هي لجلسات التحال الدموي حيث أن جزء كبير من المرضى يتوقفون عن تناول الدواء لعدم شعورهم بالتحسن. في حين كانت متعارضة مع نتائج دراسة الخطابي

وزملائه التي أجريت في المملكة العربية السعودية (2014)<sup>(10)</sup> والتي أشارت إلى أن غالبية المرضى ملتزمون بتناول الأدوية الموصوفة. ربما يعود هذا الاختلاف إلى أن أغلب المرضى في المملكة العربية السعودية لديهم تأمين صحي يغطي كافة نفقات العلاج وهو غائب في دراستنا.

أما بالنسبة للحمية الغذائية (الأغذية المسموحة والممنوعة). فقط أقل من الخمس كانوا ملتزمين بتناول الكمية المحددة من الأغذية المسموحة وعدم تناول الأغذية الممنوعة (جدول 5). هذه النتائج منسجمة مع ما ذكر في دراسة أجريت في ماليزيا (2012)<sup>(9)</sup>. وتختلف عما ذكر في دراسات أخرى أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية (2011)<sup>(13)</sup> وإيران (2013)<sup>(14)</sup> التي أظهرت أن ما يقارب نصف المرضى ملتزمون بالحمية الغذائية. وهذا الاختلاف في النتائج قد يكون بسبب أن أغلب المرضى في دراستنا ليس لديهم معلومات عن الكمية المحددة من الأغذية المسموحة والأغذية الممنوعة التي يجب عدم تناولها. وكذلك كانت النسبة منخفضة على الرغم من ارتفاع نسبة الالتزام في الكمية المحددة لبعض الأغذية المسموحة والممنوعة بسبب عدم التزامهم بكميات الأغذية المسموحة والممنوعة لجميع الأغذية.

نفس الأمر بالنسبة للسوائل (السوائل المسموحة والممنوعة). أقل من ربع المرضى كانوا ملتزمين بتناول الكمية المحددة من السوائل المسموحة وعدم تناول السوائل الممنوعة (جدول 5). نفس النتيجة أبلغ عنها في دراسة أجريت في ماليزيا (2012)<sup>(9)</sup>. وتختلف مع ما ذكر في أجريت في إسبانيا (2012)<sup>(15)</sup> والتي بينت أن حوالي ثلثي المرضى ملتزمون بقيود السوائل. ويمكن أن يعود هذا الانخفاض في نسبة الالتزام بقيود السوائل إلى الصعوبة التي يجدها المرضى في مقاومة رغبتهم في تناول الشراب بكميات أكبر من الكميات المسموحة وتناول مشروبات ممنوعة، كما يمكن أن يعود إلى حاجة المرضى لتناول كميات من الماء أثناء تناول الأدوية الفموية الموصوفة والتي قد تصل إلى أحد عشر نوعاً من الأدوية.

تأثر الالتزام الإجمالي للمرضى بالنظام العلاجي الموصوف بشكل ملحوظ بالمشفى التي أجري فيها جلسات التحال الدموي. حيث أنه في مشفى الحفة لا يوجد أي مريض غير ملتزم وتلاه أقل نسبة للمرضى غير الملتزمين بالنظام العلاجي كانت في مشفى الأسد مقارنة بالمشافي الأخرى (جدول 6). وهذا يسير في نفس مسار نتائج دراسة أجريت في المملكة العربية السعودية (1997)<sup>(16)</sup> والتي بينت أن الالتزام يختلف باختلاف مكان المعالجة وخصائص الفريق المعالج. في حين أنه يختلف عن نتائج دراسة أجريت في الولايات المتحدة (2007)<sup>(17)</sup> والتي أشارت إلى عدم وجود تأثير للمؤسسة الصحية التي تتم فيها المعالجة على الالتزام بالعلاج. ربما يعود ذلك إلى جودة الخدمة الصحية المقدمة في الولايات المتحدة الأمريكية وتوافر برامج تثقيفية مستمرة للمرضى في المشافي مع المتابعة الدائمة للمرضى والتركيز على تقديم خدمة ذات جودة عالية.

وكذلك تأثر الالتزام الإجمالي للمرضى بالنظام العلاجي الموصوف بشكل ملحوظ بالدخل الشهري للمريض حيث كانت نسب الالتزام الأعلى عند ذوي الدخل العالي والمتوسط (جدول 6). هذه النتائج تتسجم مع ما ذكر في دراسة أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية (2002)<sup>(18)</sup>. هذا يمكن تفسيره بأن أولئك المرضى ذوي الدخل المنخفض غير قادرين على الالتزام بالنظام العلاجي الموصوف بسبب عدم قدرتهم المادية على تأمين جميع الأدوية ومتطلبات الحمية الغذائية الموصوفة.

في حين لم يتأثر الالتزام الإجمالي بكل من الجنس والعمر والحالة الاجتماعية ومستوى التعليم (جدول 6). هذا يتفق مع ما ذكر في دراسة أجريت في جنوب أفريقيا (1995)<sup>(19)</sup>. ويختلف مع ما توصلت له دراسة في بريطانيا

(2009)<sup>(20)</sup> والتي أظهرت أن الالتزام أعلى لدى الذكور وكبار السن والشخص الأرملة أكثر من غيرهم. يمكن أن يعود هذا الاختلاف إلى التركيبة الاجتماعية المختلفة بين البلدين حيث يعتمد مجتمعنا على دعم الأسرة للفرد المريض بغض النظر عن الجنس أو العمر أو الحالة الاجتماعية.

### الاستنتاجات والتوصيات:

يمكننا أن نستخلص من نتائج هذه الدراسة أن أغلب المرضى لم يكونوا ملتزمين بالنظام العلاجي الموصوف، حيث فقط 2,17% من المرضى كانوا ملتزمين بالنظام العلاجي الموصوف.

#### التوصيات:

إعداد جداول زمنية محددة لإجراء برامج تثقيف صحي بشكل مستمر للمرضى حول الهدف من النظام العلاجي، الأهمية، كيفية تطبيقه وفوائد وأهمية الالتزام بالجوانب المتعددة للنظام العلاجي الموصوف في منع حدوث المضاعفات والعيش بأفضل جودة حياة ممكنة.

تزويد وحدات التحال الدموي بكتيبات توضيحية مقدمة بلغة بسيطة وسهلة ومزودة بصور توضيحية عن الحماية الغذائية والسوائل المسموحة والممنوعة لتوزيعها على مرضى التحال الدموي.

توزيع ونشر نتائج هذه الدراسة في جميع وحدات التحال الدموي في مشافي المحافظة من أجل الاستفادة منها كقاعدة بيانات لتحديد أسباب عدم الالتزام واقتراح الحلول الملائمة والبرامج التثقيفية بناءً عليها.

#### المراجع:

1. HOWARD A, O'BRIEN D. *Targeted Intervention to Improve Compliance in an Urban Hemodialysis population*. Nephrology News & Issues 1999; 13(2): 31-4.
2. DENHAERYNCK K, MANHAEVE D, ET.AL. *Prevalence and Consequences of No adherence to Hemodialysis Regimens*. American Journal of Critical Care 2007; 16(3): 222-36.
3. GUERRA-GUERRERO V, SANHUEZA-ALVARADO O, CACERES-ESPINA M. *Quality of Life in People with Chronic Hemodialysis: Association with Sociodemographic, Medical-clinical and Laboratory Variables*. Latino-Am. Enfermagem 2012; 20(5): 838-46.
4. ALEBIOSU C, AYODELE O. *The Global Burden of Chronic Kidney Disease and the way forward*. Ethnic Disease 2005; 15: 418 -23.
5. CVENGROS J, CHRISTENSEN A, LAWTON W. *The role of perceived control and preferences for control in adherence to a chronic medical regimen*. Annals of Behavioral Medicine 2004; 27(3): 155-61.
6. SCHAMID H, HARTMANN B, SCHIFFL H. *Adherence To Oral Medication in Adult Patient Undergoing Chronic Hemodialysis: a critical review of the literature*. European Journal of Medical Research 2009; 14(1): 185-90.
7. MOHAMMAD EID N, ABD AL-AZIZ L. *Proposed Development Standards : Staff Nurses Compliance at Dialysis Unit*. Greener Journal of Medical Sciences 2013; 3(5): 179 -83 .
8. THE ESRD NETWORK OF TEXAS. *Standards For The Registered Nurse in The Outpatient Dialysis Facility*. The ESRD Network of Texas. 2011: 4.

9. CHAN Y. *Determinants of Compliance Behaviors among Patients Hemodialysis Malaysia*. Plos one 2012; 10(2): 10 –4 .
10. AI-KHATTABI, G. *Prevalence of Treatment Adherence among Attendance at Hemodialysis in Makah*. Med Sci Public Health 2014; 3(5): 592-8.
11. LINDBERG M, LINDBERG P, WIKSTERM B. *Medication discrepancy: A concordance problem between dialysis patients and caregivers*. Scand J Urol Nephrol 2007; 41: 546-52.
12. CASTRO A, MUNIVE M, ET. AL. *Pharmacological Adherence Person with Chronic Kidney Disease on Hemodialysis*. DUAZARY 2013; 1(1): 7-16.
13. KHALIL A, FRAZIER S, LENNIE T, SAWAYA P. *Depressive Symptoms and Dietary Adherence in Patient with End-Stage Renal Disease*. J Ren Care 2011; 37(1): 30-9.
14. AHARARI S, MOSHKI M, BAHRAMI M. *The Relation Between Social Support and Adherence of Dietary and Fluid Restrictions among Hemodialysis Patient in Iran*. Journal of Caring Sciences 2014; 3(1): 11-9.
15. IBORRA-MOLTO C, LOPEZ-ROIG S, PASTOR M. *Prevalence of adherence to fluid restriction in kidney patients in hemodialysis: objective indicator and perceived compliance*. Nephrology 2012; 32(4): 477-85.
16. ALBAZ R. *Factors affecting patient compliance in Saudi Arabia*. Journal of Social Sciences 1997; 25: 5-8.
17. KAMMERER J, GARRY G, EL. AL. *Adherence in Patients on Dialysis: Strategies for Success*. Nephrology Nursing Journal 2007; 34(5): 479-86.
18. KUTNER N.G, ZHANG R, MCCLELLAN W.M, COLE S.A. *Psychosocial predictors of non-compliance in hemodialysis and peritoneal dialysis patients*. Nephrology Dialysis and Transplantation 2002; 17(1): 93-9.
19. SAFDAR N, BAAKZA H, ET. AL. *Non-Compliance to Diet and Fluid Restrictions in Hemodialysis Patients*. JPMA 1995; 45: 293-5.
20. GRANGER BB, EKNAN I, ET AL. *Adherence to medication according to sex and age in the CHARM programme*. Euro J Heart Fail 2009; 11: 1092-8.