



فصلنامه پرستاری داخلی - جراحی

ISSN : 2322-178X

دوره: ۳ شماره: ۱ بهار ۱۳۹۳

مقالات پژوهشی

- تسهیل کننده‌های تطابق در دریافت کنندگان پیوند کلیه: یک مطالعه کیفی..... ۱
مسعود ریانی، مهوش صلصالی، عباس عباس زاده
- تأثیر زنجبیل بر علائم سندرم قبل از قاعدگی در دانشجویان دختر مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی..... ۱۰
سمیرا خیاط، معصومه خیرخواه، زهرا بهبودی مقدم، حامد فنائی، امیرکسائیانی
- بررسی اثر بوی شیر مادر بر مدت زمان انتقال تغذیه از گاوآبه تغذیه دهانی و طول مدت بستری در نوزادان نارس بستری در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان..... ۱۷
عاطفه شمسی، زینب موحدی، بتول پورابولی، صدیقه ایرانمنش
- بررسی وضعیت کنترل متابولیک و عوامل مرتبط با آن در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو در شهرستان شاهرود..... ۲۴
حسین ابراهیمی، مهدی صادقی، حسین باقری، غلامحسین سرگزی
- بررسی مراقبت کانگورویی در وزن‌گیری، طول مدت بستری و تنظیم درجه حرارت نوزادان نارس و کم‌وزن بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان بیمارستان‌های منتخب مشهد..... ۳۲
مهدیه جعفری، مژگان بیات مختاری، فتیحه کرمان ساروی
- بررسی درد ادراک شده انفارکتوس میوکارد در افراد مبتلا و غیر مبتلا به دیابت..... ۳۸
شهلا خسروان، حمیدرضا تولیده‌ای، بهروز سیاح، فرهاد مالکی شیبک، نرگس صابر
- تأثیر ورزش هوازی کوتاه مدت بر فشار خون سالمندان مبتلا به پرفشاری خون..... ۴۵
حبیب حیدری، فریبا بلورچی فرد، فریده یغمایی، نویده نصیری، سعید حمدزاده
- بررسی مقایسه آموزش به بیمار و پیگیری تلفنی توسط پرستار بر میزان اضطراب بیماران مبتلا به نارسایی قلبی..... ۵۲
اسماء شجاعی، بتول خنیر، نسیم نادری، آرمین زارعیان



انجمن علمی پرستاری ایران



فصلنامه پرستاری داخلی و جراحی

دوره ۳، شماره ۱، بهار ۱۳۹۳

آدرس سایت مجله: <http://www.ijmsn.ir>

صاحب امتیاز: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زاهدان، دانشکده پرستاری و مامایی

دارای رتبه علمی پژوهشی از یکصد و دهمین جلسه کمیسیون نشریات علوم پزشکی کشور به شماره ۱۰۰/۵۰۷ مورخ ۹۲/۳/۲۷

مدیر اجرایی و جانشین سردبیر: فتیحه کرمان ساروی (استادیار پرستاری)

امور نشر (ویراستاری فارسی و انگلیسی، صفحه آرایی، طراحی):

شرکت فرزنانگان راداندیش

کارشناس اجرایی و مدیر پایگاه: مهدیه رضایی

شماره استاندارد بین المللی نشریه: ۲۳۲۲-۱۷۸۸

شماره شاپا الکترونیکی: ۲۳۲۲-۴۱۶۹

شماره مجوز ارشاد اسلامی: ۹۰/۷/۲۴، ۱۹۱۹۱/۹۰

مدیر مسئول و سردبیر: دکتر علی نویدیان (دانشیار راهنمایی و مشاوره)

اسامی هیئت تحریریه

دکتر ملیحه متانت: دانشیار بیماری‌های عفونی و طب گرمسیری دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

دکتر عیسی محمدی: دانشیار پرستاری دانشگاه تربیت مدرس تهران

دکتر زهرا مودی: استادیار مامایی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

دکتر ندا مهرداد: استادیار پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران

فرشته نجفی: مربی پرستاری دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

دکتر علی نویدیان: دانشیار راهنمایی و مشاوره دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

علیرضا نیکبخت نصرآبادی: استاد پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر فریبا یعقوبی نیا: استادیار پرستاری دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

دکتر فریده یغمایی: دانشیار پرستاری دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان

دکتر عزیزالله اربابی سرجو: استادیار پرستاری دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

دکتر فاطمه الحانی: دانشیار پرستاری دانشگاه تربیت مدرس تهران

دکتر محمود ایمانی: دانشیار بیماری‌های کودکان دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

دکتر فاطمه رخشانی: استاد آموزش بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

دکتر مسعود رودباری: دانشیار آمار دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر هوشنگ سندگل: دانشیار بیماری‌های داخلی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

دکتر محسن طاهری: استادیار ژنتیک پزشکی دانشگاه زاهدان

دکتر عباس عبادی: استادیار پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه اله تهران

دکتر مسعود فلاحي خشکناپ: دانشیار پرستاری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران

فتیحه کرمان ساروی: استادیار پرستاری دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

اسامی داوران این شماره:

دکتر فروزان آتش زاده شوریده، دکتر اکرم ثناگو، دکتر مسعود رودباری، دکتر سکینه سبزواری، دکتر رضا مسعودی، دکتر زهرا مودی،

شهین دخت نوابی ریگی، دکتر علی نویدیان، دکتر فریبا یعقوبی نیا.

زمینه موضوعی: تخصصی پرستاری

حمایت علمی و تأمین اعتبارات مالی مجله: معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زاهدان، با همکاری انجمن علمی پرستاری ایران.

استفاده از مطالب نشریه با ذکر منابع بلامانع می‌باشد.

آدرس: زاهدان، میدان مشاهیر، دانشکده پرستاری و مامایی زاهدان، کدپستی: ۹۸۱۶۹۱۳۳۹۶

تلفن: ۲۴۳۸۴۷۳ - ۵۴۱ - ۲۴۴۲۴۸۱ - ۵۴۱ - ۵۴۱
Email: ijmsn@zaums.ac.ir

تسهیل کننده‌های تطابق در دریافت کنندگان پیوند کلیه: یک مطالعه کیفی

مسعود ریانی^۱، مهوش صلصالی^۲، عباس عباس زاده^۳

مقاله پژوهشی

۱. استادیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
۲. استاد، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۳. استاد، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

فصلنامه پرستاری داخلی - جراحی، سال سوم، شماره ۱، بهار ۱۳۹۳، صفحات ۹-۱

چکیده

زمینه و هدف: اگرچه دریافت پیوند کیفیت زندگی بیماران مرحله انتهایی بیماری کلیوی را بهبود می‌بخشد، اما آنان را با چالش‌های جدیدی مواجه می‌نماید. عوامل متعددی در خلال این فرایند به عنوان تسهیل کننده و مانع تطابق می‌توانند نقش آفرینی کنند. هدف این مطالعه، تبیین تسهیل کننده‌های تطابق با پیوند کلیه در دریافت کنندگان پیوند بود. مواد و روش‌ها: در مطالعه حاضر با رویکرد کیفی که طی سال‌های ۹۱-۱۳۹۰ انجام گرفت، با ۱۱ دریافت کننده پیوند کلیه از بخش پیوند بیمارستان افضلی‌پور دانشگاه علوم پزشکی کرمان و با توجه به هدف پژوهش مصاحبه عمیق نیمه ساختار یافته انجام گرفت. روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف و تا اشباع داده‌ها و زمانی که دیگر کدها و طبقات جدیدی به دست نیامد، ادامه یافت. تجزیه و تحلیل داده‌ها با بهره‌گیری از روش تحلیل محتوای نهفته انجام گرفت. یافته‌ها: تجزیه و تحلیل داده‌ها، دو درون‌مایه و هفت طبقه را آشکار ساخت که عبارت از: استفاده از منابع درونی (معنویت‌مداری، مثبت‌اندیشی و تصویر ذهنی مثبت از خود) و استفاده از منابع بیرونی (خانواده، همتایان، سیستم مراقبت و سازمان‌های اجتماعی) بودند.

نتیجه‌گیری: منابع درونی و بیرونی فرد را در رسیدن به تطابق یاری می‌رسانند. توسعه سیستم‌های حمایت اجتماعی و آموزش خانواده‌ها درباره نقش مهم آنان که می‌تواند تأثیر مثبتی بر فرایند تطابق داشته باشد، باید مدنظر قرار گیرد. فراهم آوردن محیطی که در آن بیماران بتوانند تحت مدیریت و نظارت پرستاران باتجربه، تجربیاتشان را با یکدیگر به اشتراک بگذارند، موجب آگاهی آنان از راهبردهای تطابق مؤثر می‌شود و محیط مناسبی را برای یادگیری فراهم می‌نماید.

کلید واژه‌ها: تطابق، تسهیل کننده، پیوند کلیه، تحلیل محتوا، مطالعه کیفی

نویسنده مسؤول:

مهوش صلصالی

دانشگاه علوم پزشکی تهران

پست الکترونیک:

m_salsali@hotmail

تاریخ دریافت مقاله: ۹۲/۹/۱

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۲/۱۲/۵

مقدمه

بدیهی است هر درمانی چالش‌های خاص خود را دارد که می‌تواند بر زندگی بیمار به طور عمیق اثر گذارد.^{۱۱} با پیشرفت روش و درمان‌های سرکوب کننده ایمنی، میزان بقای بیماران پیوند کلیه بهبود می‌یابد؛ به نحوی که میزان بقای یک ساله به حدود ۹۰ درصد افزایش یافته است.^۸ اقدام به این کار در مقایسه با دیالیز، میزان بقای طولانی مدت را افزایش می‌دهد و از نظر هزینه- اثربخشی مؤثرترین انتخاب درمانی است،^{۱۲} اما از سوی دیگر پیوند کلیه یک بهبود و درمان ماندگار برای بیماران مرحله آخر کلیه نیست،^{۱۳} بلکه وضعیتی مزمن است که بیماران را با چالش‌های گوناگونی مواجه می‌نماید. آنان باید از یک رژیم درمانی پیچیده که شامل کنترل مداوم، معاینات بالینی مرتب، تبعیت از رژیم دارویی، تغییر شیوه زندگی در قالب تغذیه، ورزش و کنترل وزن می‌باشد، تبعیت نمایند. علاوه بر این باید با یک جسم خارجی که اکنون بخشی از بدن آنان به حساب می‌آید نیز تطابق حاصل نمایند.^{۱۴} به عبارتی تجربه بعد از پیوند، از جهتی مشابه شرایط مزمن جدید است که می‌تواند منجر به حس بلا تکلیفی نسبت به آینده گردد و بر سازگاری با

نارسایی مزمن کلیه یک واژه چتری است که مبین آسیب به کلیه یا کاهش میزان فیلتراسیون گلومرولی برای مدت سه ماه یا بیشتر می‌باشد؛^۱ در حقیقت این بیماری یک فرایند پاتوفیزیولوژیک با سبب‌شناسی متعدد است که منتج به سفت شدن و فرسودگی نفرون‌ها و عملکرد آن‌ها می‌شود و در بیشتر مواقع منجر به بیماری کلیوی مرحله انتهایی (End stage renal disease یا ESRD) می‌گردد.^۲ تشخیص ESRD بدین معنی است که کلیه‌ها برای همیشه آسیب دیده‌اند، عملکرد آن‌ها به زیر ۱۰ درصد تنزل پیدا کرده است و بیش از این نمی‌توانند حافظ حیات شخص باشند.^۳ اگرچه برای این بیماری بهبودی کامل نمی‌توان متصور شد،^۴ اما این بیماران برای حفظ بقا باید به دیالیز تن دهند و یا پیوند کلیه دریافت دارند.^۴ پیوند کلیه به عنوان اولین روش انتخابی^۵ و مؤثرترین راه درمان جایگزین برای بیماران مرحله نهایی بیماری کلیه^۶ در مقایسه با درمان طولانی مدت با دیالیز به شمار می‌رود^۷ که می‌تواند باعث بهبود کیفیت زندگی و رها شدن از دیالیز گردد^۸ و طول عمر بیشتری را برای بیمار به ارمغان آورد.^{۹،۱۰}

زندگی اثرگذار باشد.^{۱۴} تحقیقات زیادی تلاش کرده‌اند که واکنش‌های متفاوت افراد در خلال ابتلا به بیماری شدید را مورد بررسی قرار دهند. این فرایندهای روانی در متون تحت عنوان تطابق نامگذاری شده‌اند.^{۱۵} به استناد تعریف Folkman و Lazarus، تطابق به تلاش‌های شناختی- رفتاری برای چیره شدن، تحمل کردن و یا کاهش تعارضات بیرونی و درونی شخص اشاره دارد که ارزیابی، ارزیابی مجدد و ارتباط شخص- محیط را به طور مداوم درگیر می‌کند.^{۱۶}

تطابق و سازگاری با بیماری مزمن به دلیل استرس‌های زیستی، فیزیکی و روانی- اجتماعی به شدت با کیفیت زندگی افراد ارتباط دارد و تأثیر عمیقی بر افراد، خانواده‌ها و تعامل اجتماعی فرد با دنیای خارج دارد.^{۱۷} بر اساس نظر Royer، زندگی با بیماری مزمن موجب چالش‌های فیزیکی، روانی، اجتماعی و روحی بیشتری نسبت به بیماری حاد با دوره کوتاه‌مدت می‌گردد.^{۱۸} توانایی تطابق با این عوامل استرس‌زا به منابع فرد بستگی دارد. منابع تطابق به دو دسته داخلی و خارجی تقسیم‌بندی می‌شوند. منابع داخلی اشاره به برخی ویژگی‌های فردی مانند شخصیت دارد که پیشگویی کننده سازگاری روانی- اجتماعی بهتر با استرس‌ها می‌باشد و مواردی همچون کنترل شخصی، خوش‌بینی و مهارت‌های حل مسئله را در برمی‌گیرد، اما منابع خارجی مشتمل بر مواردی مانند وجود شبکه حمایت اجتماعی، منابع مالی و استانداردهای زندگی می‌باشد.^{۱۹} البته این نکته را نباید از نظر دور داشت که یکی از کانون‌های مورد توجه پرستاری، کیفیت زندگی است و پرستاران بخش پیوند نقش منحصر به فردی در یاری رساندن به بیماران پیوند کلیه برای رسیدن به کیفیت زندگی بهینه دارند.^۵

علم مراقبت به دنبال درک بهتر این نکته است که بیماری مزمن و ناتوانی چگونه زندگی فرد را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد. علاوه بر این، نگرانی‌های تجربه بیماری مزمن و این که زندگی با یک بیماری مداوم برای فرد چه معنایی دارد و شخص به عنوان یک بیمار مزمن در مورد خودش چه نظری دارد نیز مورد علاقه تحقیقات علوم مراقبت و رفتاری‌های سلامتی است.^{۱۹} از سویی درک چگونگی تطابق بیماران پیوند کلیه با مشکلات پیوند و درمان برای پرستاری و آموزش پرستاری از اهمیت خاصی برخوردار است.^{۲۰}

بررسی متون حاکی از تحقیقات محدود درباره تسهیل کننده‌های تطابق در بیماران کلیوی مرحله انتهایی و سایر بیماری‌های مزمن بود. عسگری و همکاران درک بیماران مبتلا به نارسایی کلیه از منابع حمایتی در سازگاری با دیالیز را در یک مطالعه کیفی مورد بررسی قرار دادند. نتایج شش درون مایه ماهیت و ابعاد درک بیمار از منابع حمایتی را نشان داد که عبارت بودند از «ما شدن با خانواده، اعتماد و امیدواری آگاهانه به پزشک، همدلی و پاسخگویی مسئولانه پرستاران، روحیه گرفتن از بیماران سازگار و پیوند شده، حس ارزشمندی با همراهی دوستان و دلگرمی و رضایت از سازمان‌های حمایتی».^{۲۱} حسنی و همکاران در یک مطالعه کیفی، عوامل اجتماعی و فردی را به عنوان عوامل تسهیل کننده فرایند گذار به همودیالیز ذکر کردند.^{۲۲} در پژوهشی بر روی بیماران مبتلا به سکنه مغزی، بیشترین مشکلات و موانع

برشمرده شده در حیطه سیاست‌ها، عوامل محیطی و حیطه جسمی بود و دریافت حمایت اجتماعی از سوی دوستان و اعضای خانواده و همچنین نماز و دعا به عنوان عوامل تسهیل کننده در زندگی معرفی شدند.^{۲۳} نتایج مطالعه عبدلی و همکاران نشان داد که آموزش دیابت، ترس از دیابت و عوارض آن و همچنین امید به آینده‌ای بهتر، فرایند توانمندی را تسهیل می‌کند.^{۲۴}

راهبردهای تطابق در بیماران دریافت کننده پیوند در تحقیقات کمی و کیفی متعددی^{۲۵-۲۰} مورد بررسی قرار گرفته است، اما در زمینه این که چه عواملی می‌توانند تسهیل کننده فرایند تطابق با پیوند کلیه باشند و یا در این روند مانع ایجاد نمایند، تحقیقی یافت نشد؛ به همین دلیل این پژوهش با هدف تبیین تسهیل کننده‌های تطابق با پیوند کلیه در دریافت کنندگان پیوند از بخش پیوند بیمارستان افضلی‌پور کرمان با رویکرد کیفی طراحی و به مرحله اجرا گذاشته شد. بر اساس نظر Boswell و Cannon، روش کیفی برای آشکار کردن و کشف موضوعات پیچیده انسانی و آنچه در ورای آنان قرار دارد، مناسب است.^{۲۶} Ekelund و Andersson نیز بر این باور هستند که برای درک مشکلات زیستی، روانی و اجتماعی بیماران کلیوی مرحله انتهایی، رویکرد مبتنی بر زمینه می‌تواند کارساز باشد.^{۲۸} بدیهی است روشن شدن درک دریافت کنندگان پیوند از این مسایل و تفسیری که از شرایط خود دارند، می‌تواند در زمینه آموزش، مشاوره، ارتباط و ارتقای سلامت و خدمات ارایه شده به این بیماران در بخش پیوند مورد استفاده قرار گیرد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر بخشی از یک مطالعه جامع بود که با هدف تبیین تسهیل کننده‌های تطابق با پیوند کلیه در دریافت کنندگان پیوند طی سال‌های ۹۱-۱۳۹۰ در بیمارستان افضلی‌پور شهر کرمان انجام گرفت. این بیمارستان تنها مرکز ارایه دهنده خدمات به متقاضیان دریافت پیوند کلیه در جنوب شرق کشور به شمار می‌رود که به استناد آمار موجود در بیمارستان، از بدو تأسیس در سال ۱۳۸۳ تا پایان سال ۱۳۹۱، ۶۳۳ مورد پیوند کلیه در آن انجام شده است.

دریافت کنندگان پیوند تحت پوشش مرکز خبریه ثامن الحجج^(ع) هستند که خدمات حمایتی قبل و بعد از پیوند را به این بیماران ارایه می‌نماید. این مرکز به دلیل داشتن اطلاعات جامع بیماران عرصه خوبی برای آغاز پژوهش بود. معیارهای ورود به مطالعه شامل حداقل سن ۱۸ سال، برخورداری از قدرت شنوایی، توانایی تکلم، فاقد بیماری شناخته شده روانی و گذشتن حداقل شش ماه از دریافت پیوند بود. روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف بود و تا زمان اشباع داده‌ها ادامه یافت. مشارکت کنندگان ۱۱ نفر (۶ زن و ۵ مرد) بودند. پژوهشگر اصلی با کسب مجوزهای لازم و ارایه آن، لیست کامل بیماران تحت پوشش را دریافت نمود. همچنین با کارشناسان محترم این مراکز برای انتخاب افرادی که قادر به تبیین بهتر تجارب خود بودند، مشورت گردید. با افراد منتخب واجد شرایط، تماس تلفنی گرفته شد و ضمن تبیین اهداف پژوهش در صورت تقبل مشارکت، وقت ملاقات حضوری برای انجام مصاحبه تعیین گردید. مکان مصاحبه به صورتی بود که دریافت کننده

کنندگان و داده‌ها که نزدیک به ۱/۵ سال طول کشید، به محققین کمک کرد که به درک جامع‌تری از تجارب مشارکت کنندگان دست یابند و موضوع از زوایای گوناگون مورد مطالعه قرار گیرد. برای اطمینان از این که یافته‌ها با تجارب مشارکت کنندگان همخوانی دارد، بازنگری توسط مشارکت کنندگان انجام شد؛ بدین نحو که کدهای اولیه و طبقات استخراج شده در اختیار برخی از آنان قرار گرفت تا با تجارب خود تطبیق دهند و از صحت کدها و طبقات استخراج شده اطمینان حاصل شود. بازنگری ناظرین روش دیگری است که برای تأیید اعتبار پژوهش کیفی به کار می‌رود. دو استاد باتجربه این کار را انجام دادند. ممیزی خارجی نیز توسط محقق کیفی باتجربه برای رسیدن به تأییدپذیری انجام شد؛ به صورتی که بخش‌هایی از متن برخی مصاحبه‌ها به همراه کدها و طبقات پدیدار شده توسط دو نفر آشنا به تحقیق کیفی مورد بررسی و تأیید قرار گرفت. به منظور رعایت اعتماد قبل از انجام پژوهش، مرور متون به صورت محدود انجام گرفت. همچنین در حد توان سعی شد پیش‌داشته‌های ذهنی محققین یادداشت و کنار گذاشته شوند. تلاش تیم تحقیق در فرایند پژوهش بر این بود که مراحل پژوهش و تصمیمات اخذ شده در طی این فرایند به طور دقیق ثبت و گزارش گردد تا در صورت تمایل دیگران بتوانند آن را پیگیری نمایند و امکان حسابرسی تحقیق فراهم باشد. برای کمک به انتقال‌پذیری، نحوه انتخاب و ویژگی‌های مشارکت کنندگان و همچنین فرهنگ حاکم بر آنان تا حدی توضیح داده شد. همچنین سعی گردید با ارائه نقل‌قول‌های مناسب امکان افزایش انتقال‌پذیری فراهم گردد.

یافته‌ها

مشارکت کنندگان را ۵ نفر مرد (۴۵/۴۵ درصد) و ۶ نفر زن (۵۴/۵۵ درصد) با میانگین سنی ۳۷/۱۸ سال و دامنه سنی ۵۷-۱۸ سال تشکیل می‌دادند که از نظر سطح تحصیلات ۳ نفر لیسانس (۲۷/۲۷ درصد)، ۴ نفر دیپلم (۳۶/۳۶ درصد) و ۴ نفر زیر دیپلم (۳۶/۳۶ درصد) بودند. بیشتر بیماران متأهل (۶۳/۶۳ درصد) و میزان اشتغال نیز ۳۶/۳۶ درصد بود. همه بیماران پیوند خود را از اهدا کننده زنده غیر خویشاوند دریافت کرده بودند و حداقل شش ماه و حداکثر ۹۰ ماه (با میانگین متوسط ۵۰/۳۶ ماه) از دریافت پیوند آن‌ها گذشته بود. از تجزیه و تحلیل داده‌ها دو درون‌مایه «استفاده از منابع درونی» و «استفاده از منابع بیرونی» به عنوان تسهیل کننده‌های تطابق با پیوند دریافتی تشخیص داده شدند (جدول ۱).

استفاده از منابع درونی

مشارکت کنندگان استفاده از منابع درونی مانند اعتقاد عمیق به خواست و مشیت الهی، قرار داشتن در معرض آزمون حضرت حق و برخورداری از برخی خصایص چون مثبت‌اندیشی را به عنوان تسهیل کننده‌های تطابق با پیوند دریافتی برمی‌شمردند. این درون‌مایه طبقات «معنویت‌مداری»، مثبت‌اندیشی و تصویر ذهنی مثبت از خود» را شامل گردید.

معنویت‌مداری

ایمان به خداوند، تسلیم در برابر تقدیر الهی و شرایط موجود را نوعی

پیوند به راحتی بتواند به صورت خصوصی تجارب خود را در اختیار قرار دهد. در سه مورد به دلیل این که مشارکت کنندگان تمایل داشتند یکی از اعضای خانواده در کنارشان باشد، با حضور آن‌ها مصاحبه انجام شد.

داده‌ها از طریق مصاحبه عمیق نیمه ساختار یافته با مشارکت کنندگان جمع‌آوری شد. با هر مشارکت کننده یک بار مصاحبه صورت پذیرفت و طول مدت مصاحبه با توجه به شرایط و تمایل شرکت کننده بین ۴۵ دقیقه تا حداکثر ۱/۵ ساعت بود. در چند مورد که بعد از اتمام مصاحبه نیاز به روشن‌سازی بیشتر احساس گردید، با مشارکت کننده تماس تلفنی برقرار شد. سؤالات مطرح شده عبارت بودند از: «بعد از دریافت پیوند با چه مسایلی و مشکلاتی مواجه بودید؟، برای مقابله با این مشکلات و کنار آمدن با آن‌ها چه اقداماتی انجام دادید؟، چه عواملی در کنار آمدن با پیوند یاری دهنده بود؟، چه عواملی در کنار آمدن با پیوند اختلال ایجاد می‌کرد؟ و از بین روش‌های مقابله‌ای چه روش‌هایی مؤثرتر بودند؟». البته با توجه به پاسخ بیمار، سؤالات متناسبی برای رفع ابهام پرسیده و توضیحات مکمل وی شنیده می‌شد. با تکرار مصاحبه‌ها سؤالاتی از متن مصاحبه‌ها نیز استخراج گردید و در مصاحبه‌های بعدی مورد استفاده قرار می‌گرفت. پس از انجام هر مصاحبه در کوتاه‌ترین زمان ممکن متن آن کلمه به کلمه روی کاغذ پیاده‌سازی شد. جهت تحلیل داده‌ها از شیوه تحلیل محتوای کیفی نهفته (Latent content analysis) بر اساس روش Graneheim و Lundman استفاده شد؛^{۲۹} بنابراین با عنایت به این که یکی از کاربردهای تحلیل محتوا، در تحقیقات کیفی پرستاری است و با این روش می‌توان علاوه بر محتوای آشکار متون مصاحبه به محتوای پنهان آنان و مفاهیم با سطح انتزاع متفاوت نیز دست یافت، به عنوان روش مناسب توسط تیم تحقیق انتخاب گردید و به کار گرفته شد.

داده‌ها به طور هم‌زمان با جمع‌آوری مورد تحلیل قرار گرفت؛ بدین نحو که هر مصاحبه چندین بار خوانده شد، سپس متون مربوط به تجارب مشارکت کنندگان از تسهیل کننده‌های تطابق در یک متن قرار داده شد تا واحد تحلیل تشکیل شود. سپس از واحدهای معنا (Meaning units) واحدهای معنای خلاصه شده (Condensation) و سپس کد استخراج گردید. کدها در زیرطبقات جای داده شدند و زیرطبقات مشابه در یک طبقه قرار گرفتند. در نهایت معنای مستتر که محتوای نهفته از طبقات بود، در درون‌مایه‌ها جای داده شدند.^{۲۹}

به منظور رعایت موازین اخلاقی قبل از انجام مصاحبه رضایت آگاهانه کتبی برای مشارکت در پژوهش و ضبط مصاحبه اخذ گردید. به مشارکت کنندگان اطمینان داده شد که در صورت عدم تمایل در هر مرحله تحقیق می‌توانند از ادامه مصاحبه انصراف دهند و این امر تأثیری بر روند درمان آنان نخواهد داشت. همچنین اطلاعات اخذ شده محرمانه بود و از آن‌ها فقط در راستای اهداف تحقیق و بدون ذکر مشخصات هویتی استفاده خواهد شد.

اگرچه پژوهشگران کیفی به اندازه محققین کمی به دنبال تعمیم یافته‌های خود نیستند، اما در تلاش هستند که حاصل کار آن‌ها بیان کننده تجارب واقعی مشارکت کنندگان باشد. تماس طولانی مدت با مشارکت

آزمون الهی فرض کردن، از تسهیل کننده‌های مهم تطابق بودند که در دریافت کننده پیوند آرامش خاصی ایجاد می‌کردند. مشارکت کننده شماره ۳ چنین اظهار داشت: «من باهاش کنار میام... اولاً که من مجبورم باهاش کنار بیام حتی اگر مجبور هم نباشم باهاش کنار میام، چون می‌گم این خواست خدا بوده باز می‌گم این هم یک امتحان دیگه یک آزمون دیگه می‌خواد ببینم ما چه کاره هستیم». مشارکت کننده دیگر (شماره ۴) بیان کرد: «من امیدم به خدا، خوب خیلی هسته. چیزی که همیشه به همه می‌گم این که تا خدا چیزی نخواد اتفاق نمی‌افته». مشارکت کننده دیگری (شماره ۲) باور خود را این گونه تبیین می‌کرد: «از لحاظ عقیدتی - مذهبی اصلاً می‌دونم این طور می‌گم آقا مریض شدی قسمت بوده، خدا خواسته این جور بشی. باهاش کنار میای، خدا مصلحتی می‌دونه... خدا گر به حکمت ببند دری، ز رحمت گشاید در دیگری... خدا اگه این درو بسته درای دیگه و برات باز می‌کنه. این طور اعتقادی می‌تونه اینو، چه جوری براتون بگم مثلاً اومده زیر صفر حداقل برسونه به صفر و بیاد پیشرفت کنه».

جدول ۱: درون‌مایه‌ها، طبقات و زیرطبقات پژوهش

درون‌مایه‌های اصلی	طبقات	زیرطبقات
استفاده از منابع درونی	معنویت‌مداری	ایمان به خداوند تسلیم تقدیر الهی آزمون الهی
	مثبت‌اندیشی	خوش‌بینی و مثبت‌نگری امیدواری
	تصور ذهنی مثبت از خود	تغییرات ملموس ظاهر کاهش مشکلات جسمی پذیرش ظاهر فرد توسط دیگران
استفاده از منابع بیرونی	خانواده	والدین، همسر و سایر اعضای خانواده
	همتاان	بیماران پیوند شده
	سیستم مراقبت	پزشک، پرستار و سایر اعضای تیم مراقبت
	سازمان‌های اجتماعی	مؤسسات خیریه و انجمن‌های حمایت از بیماران کلیوی

مثبت‌اندیشی

مشارکت کنندگان ویژگی‌های روانی مانند خوش‌بینی و مثبت‌نگری و امیدواری را در فرایند تطابق مؤثر دانستند و بر این باور بودند که برخورداری از چنین خصیصه‌هایی کار آن‌ها را در این روند تسهیل می‌کند. همچنین اذعان می‌کردند وقتی با عینک خوش‌بینی به قضایا نگاه می‌کنند، دنیا برایشان رنگ دیگری دارد و امید جای اضطراب و تشویش را برایشان پر می‌کند. مشارکت کننده‌ای (شماره ۱) چنین ابراز می‌داشت: «وقتی آدم زندگیو از دیدگاه مثبت ببینه، بهتر می‌تونه با خودش کنار بیاد... حالا توی هر زمینه یا تو هر مشکلی که باشه».

دریافت کنندگان پیوند، برخورداری از حس رؤیاپردازی و تشبیه کلیه پیوندی به جنین و فرزند، قرص به شکلات، مهمان بودن پیوند و لزوم پذیرایی

از آن با دارو را نمونه‌هایی از ویژگی‌های روانی مثبت می‌دانستند که آنان را در فرایند تطابق یاری می‌دهد. این حس‌های زیبا به فراوانی در متون مصاحبه وجود داشت، از جمله مشارکت کننده شماره ۲: «همیشه به خودم می‌گفتم، یک نفر چه طوری می‌تونه تا آخر عمرش قرص بخوره؟ یک پیرمردی اون‌جا بود، به من گفت: آقا فکر کن قرص‌ها مثل شوکولان، چهار تا شکلات می‌ندازی بالا، می‌خوری یک شرتی هم روش، خیلی عادی... می‌تونی این طوری تجسمش کنی، این تجسم برام خیلی شیرین بود هر وقت می‌خواسم قرص بخورم». مشارکت کننده دیگری (شماره ۱) این گونه مطرح کرد: «بعضی وقتا کلیه‌ام یک دفعه‌ای درد می‌گیره، مثل این که تکون می‌خوره، مثل بچه شیطن می‌کنه قشنگ تکون می‌خوره، می‌خواد بگه من هستم. آره خودم می‌گم پسرمد داره اذیت می‌کنه (با خنده)».

مقوله امید در تمام مراحل فرایند تطابق به اشکال گوناگون در بیانات مشارکت کنندگان مشهود بود. بیشتر آن‌ها کنار آمدن با چالش‌های گوناگون پیوند را بدون امید امکان‌پذیر نمی‌دانستند. هر چه افراد امیدوارتر بودند، تطابق آسان‌تر به دست می‌آمد. مشارکت کننده شماره ۱ می‌گفت: «من به همه می‌گم که امید داشته باشن، یعنی هیچ چیزی به اندازه امید نمی‌تونه مریض رو نجات بده». مشارکت کننده شماره ۶ بیان کرد: «باید همیشه مثلاً این جور بگی که این کلیه برای من تا ۳۰ سال دیگه، ۲۵ سال دیگه کار می‌کنه».

تصور ذهنی مثبت از خود

بنا به گفته اکثریت مشارکت کنندگان، با وجود به وجود آمدن برخی عوارض دارویی، دشواری تبعیت از رژیم دارویی و غذایی، تغییرات مثبت بعد از پیوند آن‌قدر ملموس می‌باشد که قابل قیاس با شرایط قبل و زمان دیالیز نیست و این تغییرات در بهبود مشکلات جسمی، روانی و بهبود تصویر بدنی به طور کامل اثر داشته است. تجربه این تغییرات مثبت قابل توجه به خصوص برای آنانی که مدت مدیدی قبل از پیوند دیالیز می‌شدند، می‌توانست به عنوان عامل تسهیل‌گر تطابق عمل نماید.

بسیاری از بیماران بهبود آشکار وضعیت جسمی را مورد تأکید قرار می‌دادند و تعدادی از آن‌ها نیز به عمر و تولد دوباره اشاره می‌کردند. شرکت کننده شماره ۷ اظهار داشت: «بعد از این که پیوند زدم خدا یک عمر دوباره‌ای به من داد، خیلی خوشحال هستم، خوابم هم خیلی بهتر از قبل شده، خیلی راحت شدم». مشارکت کننده شماره ۴ مطرح کرد: «کف دستام زرد بود، کم کم بعد از عمل دیدم داره صورتی می‌شه. خون اومده تو بدنم خیلی خوشحال می‌شدم... مثلاً چشمم قبل از عمل نمی‌دید، دیدم خیلی کم شده بود از پله می‌خواسم برم شب نمی‌دیدم، این مشکلاتم برطرف شد خدا رو شکر». اکثریت مشارکت کنندگان اظهار می‌داشتند که با دریافت پیوند وضعیت روحی و روانی‌شان بهبود پیدا کرده است. یکی از آن‌ها (مشارکت کننده شماره ۴) می‌گفت: «خوشحال می‌شدم که تو بدنم چه اتفاقاتی داره می‌افته» یا این که مشارکت کننده شماره ۳ می‌گفت که: «با پیوند خیلی هم روحیه‌ام بهتر شد».

بیانات مشارکت کنندگان حاکی از این بود که بهبود وضعیت جسمی،

می‌شد، در بازیابی روحی و روانی بیمار به خصوص در روزهای اول پس از پیوند که محدودیت بیشتری از ارتباط با دیگران حاکم بود به طور کامل ملموس و مؤثر بوده است. یکی از مشارکت کنندگان (شماره ۱۲) اظهار داشت: «در روزای اول که پیوند شده بودم و ملاقاتم نداشتم خیلی پرستار و دکترم همامو داشتن، واقعاً هیچ وقت یادم نمی‌ره خیلی باهام خوب برخورد می‌کردن و بهم روحیه می‌دادن». دیگری (مشارکت کننده شماره ۴) گفت: «دکتر خودش چقدر عالی بود چقدر با مریضا راه می‌ومد، جواب مریضارو می‌داد. دکتري که عملم کرد می‌تونم بگم بهترین کس که تو عمرم دیدم دکتر ... بود، چقدر به مریضا کمک می‌کرد، چقدر با خنده جوابشونو می‌داد، هیچ موقع نمي گذاشت احساس ديگه‌اي داشته باش».

سازمان‌های اجتماعی

مشارکت کنندگان مطرح کردند که سازمان‌های اجتماعی مانند مؤسسات خیریه و انجمن‌های حمایت از بیماران کلیوی نقش ارزنده و اثرگذاری در تسهیل تطابق آنان ایفا می‌نمایند. حمایت آنان شامل مواردی مانند تأمین هزینه کلیه پیوندی، حمایت مالی خانواده‌ها و بیماران، برگزاری اردوهای سیاحتی، زیارتی و تدارک مسابقات ورزشی و... می‌باشد. یکی از مشارکت کنندگان (شماره ۴) در این زمینه اظهار می‌داشت: «فقط همین مرکز بیماری‌های خاص حاج آقا دیدن وضعیت ما این جوریه می‌بایست چهار میلیون و پانصد به اهدا کننده بدیم یک نامه نوشتن کمیته امداد گفتن شاید بهت کمک بکنن اون‌جا هم این مبلغرو دادن، ولی آزمایشارو دهنده بیمه نبود خودم با هزار بدبختی دادم حالا هم یک وقتایی کمک‌هایی می‌شه». دیگری (مشارکت کننده شماره ۱) می‌گفت: «قبلاً همین مرکز نصف پول دارو هامونرو می‌داد، خوب بود». همین مشارکت کننده می‌گفت: «از طرف همین مؤسسه یک چند وقت برا دارت و تیراندازی و بدمیتون تمرین می‌کردم، یک جورایی سرگرم بودیم».

بحث

به اذعان شرکت کنندگان، استفاده از منابع درونی و بیرونی موجب تسهیل کنار آمدن با پیوند دریافتی می‌گردد. اکثریت آنان بر این امر تأکید داشتند که مسایل معنوی به طور عمیق و ریشه‌ای زندگی آنان را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد و با قرار گرفتن در شرایط تنش‌زای بعد از پیوند این باورها پررنگ‌تر می‌شوند؛ چرا که پس از پیوند شرایط مزمن جدید که همواره با یک عدم اطمینان همراه است، می‌تواند اضطراب و افسردگی قابل توجهی ایجاد نماید.^{۳۰}

ایمان به خداوند به عنوان تسهیل کننده مهم تطابق مورد توجه بسیاری از بیماران بود. William James (به نقل از حیدری و محمودی) فیلسوف آمریکایی می‌گوید: «همان طور که امواج خروشان اقیانوس نمی‌تواند آرامش ژرفای آن را بر هم زده و امنیت آن را پریشان سازند، دگرگونی‌های سطحی و موقت زندگی نمی‌تواند آرامش درونی انسان را که عمیقاً به خداوند ایمان دارد، بر هم بزنند».^{۳۱} بسیاری از بیماران اظهار داشتند که وقتی مشیت الهی

تصویر ذهنی آنان از خود را به نحو چشمگیری تغییر می‌دهد. مشارکت کننده‌ای (شماره ۵) بهبود تصویر بدنی خود را به بازگشت جوانی تشبیه می‌کرد: «جوون شدم، احساس جوونی می‌کنم، احساس سرحالی می‌کنم». دیگری (مشارکت کننده ۴) گفت: «من قبلاً چه قدر مشکلات داشتم نه می‌فهمیدم بچه‌ام کی می‌ره مدرسه، هیچی هیچی... عکسامو نشونتون بدم شما باور نمی‌کنین دو تا رو بگذاری کنار هم باور نمی‌کنین، چهل کیلو وزن یک پوست سیاهی هم روش شما اصلاً منو نمی‌شناختین، الان خیلی فرق کردم».

استفاده از منابع بیرونی

تحلیل متون مصاحبه‌ها مبین این بود که استفاده از منابع بیرونی به عنوان یکی از عوامل تسهیل کننده در فرایند تطابق با پیوند، نقش مؤثری دارد که شامل طبقات «خانواده، همتایان، سیستم مراقبت و سازمان‌های اجتماعی» می‌باشد.

خانواده

اکثریت مشارکت کنندگان اذعان داشتند که والدین، همسر و سایر اعضای خانواده در شرایط دشوار و پرچالش بعد از پیوند کمک بسیار مؤثری برای تطابق بوده‌اند و بدون یاری آنان این امر غیر ممکن بوده است. مشارکت کننده‌ای (شماره ۶) به نقش بی‌بدلیل همسرش این گونه اشاره می‌کرد: «انسان هر جا که بره آخرش برمی‌گرده خونه، خانواده جمع هستن هر چی هستی با خانواده‌ای، به خصوص خانومت دیگه بیشتر زحمترو اون هست، بله خیلی بهم کمک کرد... اگر واقعاً خانوم نبود همون روز پیش از پیوند کارم تموم بود». مشارکت کننده دیگر (شماره ۱) به نقش کلیدی مادر اشاره کرد و تجربه خود را بدین صورت توضیح داد. «زمانی که این اتفاق برا من افتاد مامانم از آموزش و پرورش بازنشسته شده بودن، پولی که مامانم دریافت کرده بودن انگار تمام خرج من کرده بودن... یعنی پولی که سی سال زحمت کشیده بودن، من یک خرده ناراحت بودم که این اتفاق می‌افته، ولی هیچ وقت به روی خودشون نیاوردن».

همتایان

همتایان به عنوان یکی از منابع حمایتی مورد تأکید فراوان بود. شرکت کنندگان بیان می‌کردند که بودن در جمع دوستانی که مشکلات مشابه دارند و دریافت حمایت‌های عاطفی از سوی آنان، شرایطی ایجاد می‌کند که بتوانند یکدیگر را بهتر درک کنند و با پیوند کنار بیایند. به طور مثال مشارکت کننده شماره ۵ گفت: «اصلاً دیدمون جوری شده که دوستایی که انتخاب می‌کنیم پیوندی باشن از نوع خودمون باشن تا حالا این جوری پیش اومده مثلاً همین آقای (ر) یکی از دوستای نزدیکم هستن خیلی همدیگرو درک می‌کنیم. وقتی همه با هم هستیم، همه مثل هم هستیم و چیزی نیست که خواسته‌ای باشه که بقیه هم نتونن باهامون راه بیان، هممون از یک دسته هستیم و طرز فکرمون یکیه، چون پیوندی هستیم نیست که بگن آقا بلند شو با هم دعوا کنیم».

سیستم مراقبت

شرکت کنندگان ابراز می‌داشتند که حمایت‌های جسمی، روحی و روانی تیم درمان به ویژه در شرایطی که نقش سایر افراد حامی کم‌رنگ

امری را مقدر کرده است، باید تسلیم محض خواسته حضرت حق بود. در روایتی از پیامبر اکرم (ص) آمده است: «ای بندگان خدا، شما مانند بیمار و پروردگار جهانیان مانند طیب است. پس صلاح بیمار در آن چیزی است که طیب تجویز کند، صلاح بیمار در اشتها و میل او نیست، پس تسلیم فرمان خداوند باشید تا رستگار شوید».^{۳۱} شاید بتوان گفت که باورهای فرهنگی، مذهبی و فراگرفته‌های اجتماعی ایرانیان به آن‌ها کمک می‌کند تا راحت‌تر با رویدادی چالشی چون دریافت پیوند کلیه انطباق حاصل نمایند.

در مطالعات متعدد از جمله فارسی و همکاران، ایمان به خداوند منبع مهمی برای تطابق با پیوند مغز استخوان گزارش شده است.^{۳۵} در پژوهش عبدلی و همکاران بیماران، بیماری خود را خواست خداوند می‌دانستند و بر این باور بودند که اعتقادات مذهبی و دریافت حمایت از کادر درمان، خانواده و همتایان برای قبول مسئولیت به آن‌ها قدرت می‌داده است.^{۳۴} در متون به نقش مؤثر اعتقادات معنوی برای تسهیل و کنار آمدن با سایر بیماری‌ها اشاره شده است. از جمله Tam و همکاران گزارش کردند که اعتقادات معنوی منبع اولیه حمایت زنان مبتلا به سرطان بوده است و بیماران مورد مطالعه اعتقاد داشته‌اند که برای غلبه بر بیماری دیدگاه مذهبی نقش مهم‌تری از خدمات بهداشتی داشته است.^{۳۲} در نتایج پژوهشی در مورد عوامل تسهیل کننده در فرایند گذار به همودیالیز نیز شرکت کنندگان ارتباط با خداوند، توسل به اولیای خدا و تکیه بر ارزش‌های معنوی را به عنوان تسهیل کننده این گذار مطرح کردند.^{۲۲}

به اذعان دریافت کنندگان پیوند، خوش‌بینی و مثبت‌اندیشی راه تطابق با بیماری را به نحو مؤثرتری هموار می‌کند. در مطالعه Lindqvist و همکاران نیز تطابق خوش‌بینانه متداول‌ترین و مؤثرترین راهبرد مقابله‌ای در بیماران پیوند کلیه بود. آنان معتقد بودند تطابق خوش‌بینانه برای پرستاران منبع مهمی است که می‌توانند بر پایه آن برای بیماران اقداماتی انجام بدهند و به جای تأکید بر تبعیت، باید به آنان کمک کنند که خوش‌بین باشند تا بتوانند به نحو سازنده‌تری شرایط زندگی را در دست بگیرند. دیدگاه مثبت نسبت به زندگی و یادگیری نحوه استفاده از سیستم حمایتی برای کسانی که پیوند کلیه دارند، مطلوب‌ترین واکنش به حساب می‌آید.^{۲۰} یافته‌های مطالعه طالقانی و همکاران دال بر این بود که امید به زندگی و برگشت به زندگی عادی، محرک قوی برای بهبودی و راه مؤثرتری برای تطابق با سرطان پستان می‌باشد.^{۲۶}

اگرچه برخی از بیماران از عوارض داروهای سرکوب کننده ناراحت و ناراضی بودند و بررسی متون از جمله مطالعه Talas و Bayraktar نیز نشان می‌دهد که ۶۷ درصد بیماران دچار عوارض داروهای سرکوب کننده ایمنی چون افزایش اشتها، افزایش وزن، هیرسوتیسم (پرمویی)، افزایش تعریق، لرزش دست، صورت کوشینگ و آکنه می‌شوند و این عوارض روی تصویر ذهنی آنان از خود اثرات جدی دارد،^{۳۳} اما کاهش مشکلات جسمی و عدم وابستگی به دیالیز تصور دوران قبل از بیماری را در ذهن بیماران تداعی می‌کرد و مشارکت کنندگان مورد مطالعه با وجود این که این عوارض را کم و بیش دارا بودند و یا در معرض تهدید قرار داشتند، در قیاس با دوران دیالیز

از تصویر بدنی خود احساس رضایت بیشتری می‌کردند. برخورد دوگانه مشارکت کنندگان با تغییرات جسمی و ظاهری بعد از پیوند شاید به این دلیل باشد که آن دسته از بیماران که دوران پیش از دیالیز طولانی‌تری داشتند، تصویر ذهنی آنان از خود بیشتر مخدوش شده بود؛ بنابراین در مقایسه با افرادی که این دوران برایشان کوتاه بود و عوارض کمتری را تجربه کرده بودند، از تصویر ذهنی خود بعد از پیوند رضایت بیشتری احساس می‌کردند.

مشارکت کنندگان اعضای خانواده را اصلی‌ترین افرادی می‌دانستند که حضور آنان و ارایه حمایت‌های روحی و روانی، کنار آمدن با چالش‌های پیوند را برایشان آسان‌تر می‌کند. یک خانواده حامی به عنوان منبع مهمی از حمایت اجتماعی برای بیماران مزمن شناخته شده است.^{۳۴} تحقیقات قابل توجهی دلالت بر این دارند که حمایت اجتماعی، اثرات شدید روانی در معرض قرار گرفتن رخدادهای سرشار از استرس و فشارهای مداوم زندگی را کاهش می‌دهد.^{۳۵، ۳۶}

Symister و Friend نیز دریافتند که حمایت اجتماعی، افزایش اعتماد به نفس و کاهش افسردگی بیماران کلیوی را به دنبال دارد.^{۳۷} تحقیق دیگری نیز نشان داد که حمایت اجتماعی برای کمک به تطابق در زندگی با دیالیز و پیوند بسیار حیاتی است.^{۳۸} مشارکت کنندگان بودن در جمع دوستانی که مشکلات مشابه دارند را راهی برای دریافت اطلاعات، درک بهتر، پر کردن خلأ عاطفی و احساس تنهایی و در نهایت کسب آرامش می‌دانستند. نتایج مطالعه‌ای در مورد تجربه بیماران کلیوی از حمایت همتایان نشان داد که بیماران، نظرات همتایان را باارزش می‌دانستند و احساس می‌کردند که سایر بیماران با آن‌چه پیش‌تر تجربه کرده‌اند، زندگی می‌کنند و تجارب به آنان اجازه می‌دهد که برای مراقبت از خود تصمیمات مبتنی بر آگاهی اخذ نمایند. علاوه بر این وجود دیگران در گروه، شرایطی را فراهم می‌نماید که آن‌ها احساس تنهایی نکنند و آن‌هایی که در گروه هستند از همدلی و درک آن‌چه اتفاق می‌افتد، برخوردار شوند. گروه‌های همتایان مثالی است از این که چگونه باید با یک بیماری مزمن زندگی کرد و با آن کنار آمد؛^{۳۹} این گروه‌ها قادر هستند خودکارآمدی، مهارت‌های تطابق و رشد فردی را بهبود بخشند.^{۱۶} مطالعه روی گروهی از الکلی‌های بی‌نام نشان داد که اعضا مهارت‌های حل مسئله را به یکدیگر می‌آموزند، خودکارآمدی یکدیگر را افزایش می‌دهند و در یک فرایند یادگیری دو جانبه در به اشتراک گذاشتن اطلاعات همکاری می‌نمایند.^{۴۰}

جعفری و همکاران در تعیین موانع و عوامل تسهیل کننده زندگی پس از سکنه مغزی در شهرستان کرمان گزارش دادند که بیماران، دریافت حمایت اجتماعی از سوی دوستان و اعضای خانواده و همچنین نماز و دعا را به عنوان عوامل تسهیل کننده در زندگی معرفی کرده‌اند.^{۳۳} از آنجایی که پیوند می‌تواند باعث به کار انداختن بسیاری از افکار مزاحم در ذهن دریافت کنندگان پیوند شود^{۴۱} و اعضای تیم مراقبت و به ویژه پرستاران جزء اولین افرادی هستند که قبل و بعد از دریافت پیوند بر بالین بیمار حضور دایمی دارند؛ بنابراین می‌توانند سؤالات عدیده ذهنی دریافت کنندگان پیوند را پاسخ گویند و موجبات افزایش اعتماد به نفس آنان را فراهم نمایند، به همین

مدیریت فرایند تطابق یاری رساند.
از محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که در فرایند نمونه‌گیری امکان انتخاب مشارکت کنندگان از تمام شهرستان‌های استان فراهم نبود؛ البته سعی شد حداکثر تنوع از نظر جنس، سن و مدت دریافت پیوند مدنظر قرار گیرد. پیشنهاد می‌شود موضوع در پژوهش‌های آتی در گستره وسیع‌تری مورد بررسی بیشتر قرار گیرد.

تعارض منافع

هیچ گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

سهم نویسندگان

مسعود ربانی: طراحی، اجرای پژوهش و نگارش اولیه مقاله
مهوش صمصالی: همکاری در طراحی، تجزیه و تحلیل داده‌ها و نگارش نهایی مقاله
عباس عباس‌زاده: همکاری در تجزیه و تحلیل داده‌ها و نگارش مقاله.

سپاسگزاری

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از صبوری و همکاری صمیمانه مشارکت کنندگان، همکاران محترم بخش پیوند بیمارستان افضل‌پور کرمان، کادر معزز خیریه ثامن‌الحجج^(ع) و معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی که امکان انجام این پژوهش را فراهم نمودند، صمیمانه تشکر و قدردانی نمایند. لازم به ذکر است که مقاله حاضر بخشی از پایان‌نامه دکتری پرستاری می‌باشد که با شماره ۱۰۰ مورخ ۱۳۹۰/۳/۱۲ ثبت شده است.

References

- O'Connell Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
- Brenner BM. Brenner & Rector's the kidney. 7th ed. Philadelphia, PA: Saunders; 2004. p. 99.
- Zelmer JL. The economic burden of end-stage renal disease in Canada. Kidney Int 2007; 72(9): 1122-9.
- Clarkson KA, Robinson K. Life on dialysis: a lived experience. Nephrol Nurs J 2010; 37(1): 29-35.
- Liu H, Feurer ID, Dwyer K, Shaffer D, Pinson CW. Effects of clinical factors on psychosocial variables in renal transplant recipients. J Adv Nurs 2009; 65(12): 2585-96.
- Kaptein AA, van DS, Broadbent E, Falzon L, Thong M, Dekker FW. Behavioural research in patients with end-stage renal disease: a review and research agenda. Patient Educ Couns 2010; 81(1): 23-9.
- Einollahi B. Is the annual number of deceased donor kidney transplantations in Iran lower than the Middle Eastern countries? Transplant Proc 2009; 41(7): 2718-9.
- McPake D, Burnapp L. Caring for patients after kidney transplantation. Nurs Stand 2009; 23(19): 49-57.
- Villeneuve PJ, Schaubel DE, Fenton SS, Shepherd FA, Jiang Y, Mao Y. Cancer incidence among Canadian kidney transplant recipients. Am J Transplant 2007; 7(4): 941-8.
- Knoll G. Trends in kidney transplantation over the past decade. Drugs 2008; 68(Suppl 1): 3-10.
- Quinan P. Control and coping for individuals with end stage renal disease on hemodialysis: a position paper. CANNT J 2007; 17(3): 77-84.
- White C, Gallagher P. Effect of patient coping preferences on quality of life following renal transplantation. J Adv Nurs 2010; 66(11): 2550-9.
- Luk WS. The HRQoL of renal transplant patients. J Clin Nurs 2004; 13(2): 201-9.
- McCormick KM. A concept analysis of uncertainty in illness. J Nurs Scholarsh 2002; 34(2): 127-31.
- Persson LO, Ryden A. Themes of effective coping in physical disability: an interview study of 26 persons who have learnt to live with their disability. Scand J Caring Sci 2006; 20(3): 355-63.
- Lazarus R, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York, NY: Springer; 1984.
- Thomas RK. Society and health: sociology for health

- professionals. New York, NY: Springer; 2003.
18. Royer A. Life with chronic illness: social and psychological dimensions. Westport, CT, Praeger; 1998.
 19. Santiago EJ. Adaptation and coping in patients living with end-stage renal disease on hemodialysis: an internet investigation of stages and ways of coping over time. Michigan, USA: Proquest, Umi Dissertation Publishing; 2011.
 20. Lindqvist R, Carlsson M, Sjoden PO. Coping strategies of people with kidney transplants. *J Adv Nurs* 2004; 45(1): 47-52.
 21. Asgari MR, Mohammadi E, Fallahi Khoshknab M, Tamadon MR. The perception of chronic renal failure patients from advocacy resources in adjustment with hemodialysis: A qualitative study. *Iranian Journal of Critical Care Nursing* 2011; 3(4): 133-42. [In Persian].
 22. Hassani P, Otaghi M, Zagheri-Tafreshi M, Nekbakhat-Nasrabadi A. The Facilitators of the Transition to Hemodialysis. *Iran J Nurs* 2013; 25(80): 14-23. [In Persian].
 23. Jafari M, Makarem A, Dalvandi A, Azimian M, Hosseini M. Determination of facilitators and barriers in post stroke life, in Kerman city. *J Mod Rehabil* 2011; 5(2): 54-62. [In Persian].
 24. Abdoli S, Ashktorab T, Ahmadi F, Parvizi S. Barriers to and facilitators of empowerment in people with diabetes. *Int J Endocrinol Metab* 2009; 10(5): 455-64.
 25. Farsi Z, Dehghan NN, Negarandeh R. Coping strategies of adults with leukemia undergoing hematopoietic stem cell transplantation in Iran: a qualitative study. *Nurs Health Sci* 2010; 12(4): 485-92. [In Persian].
 26. Taleghani F, Yekta ZP, Nasrabadi AN. Coping with breast cancer in newly diagnosed Iranian women. *J Adv Nurs* 2006; 54(3): 265-72. [In Persian].
 27. Boswell C, Cannon S. Introduction to nursing research: incorporating evidence based practice. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning; 2007.
 28. Ekelund ML, Andersson SI. Elucidating issues stressful for patients in predialysis and dialysis: from symptom to context. *J Health Psychol* 2007; 12(1): 115-26.
 29. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 2004; 24(2): 105-12.
 30. Gill P, Lowes L. The kidney transplant failure experience: a longitudinal case study. *Prog Transplant* 2009; 19(2): 114-21.
 31. Heidary J, Mahmoodi G. Mental health. Tehran, Iran: Salemi Publication; 2009. [In Persian].
 32. Tam AK, Padilla G, Tejero J, Kagawa-Singer M. Understanding the breast cancer experience of Asian American women. *Psychooncology* 2003; 12(1): 38-58.
 33. Talas MS, Bayraktar N. Kidney transplantation: determination of the problems encountered by Turkish patients and their knowledge and practices on healthy living. *J Clin Nurs* 2004; 13(5): 580-8.
 34. Christensen AJ. End-stage renal disease. In: Christensen A, Antoni M, Editors. *Chronic physical disorders: behavioral medicine's perspective*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons; 2002.
 35. Ptacek, JT, Pierce GR. Issues in the study of stress and coping in rehabilitation settings. *Rehabilitation Psychology* 2003; 48(2): 113-24.
 36. Folkman S, Moskowitz JT. Coping: pitfalls and promise. *Annu Rev Psychol* 2004; 55: 745-74.
 37. Symister P, Friend R. The influence of social support and problematic support on optimism and depression in chronic illness: a prospective study evaluating self-esteem as a mediator. *Health Psychol* 2003; 22(2): 123-9.
 38. Starzomski R, Hilton A. Patient and family adjustment to kidney transplantation with and without an interim period of dialysis. *Nephrol Nurs J* 2000; 27(1): 17-32.
 39. Hughes J, Wood E, Smith G. Exploring kidney patients' experiences of receiving individual peer support. *Health Expect* 2009; 12(4): 396-406.
 40. Humphreys K. Circles of recovery: self-help organizations for addictions. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2004.
 41. Rapisarda F, Tarantino A, De VA, Baggio G, Ghezzi F, Nicodemo D, et al. Dialysis and kidney transplantation: similarities and differences in the psychological aspects of noncompliance. *Transplant Proc* 2006; 38(4): 1006-9.

Facilitators of coping in renal transplant recipients: A qualitative study

Masoud Rayyani¹, Mahvash Salsali², Abbas Abbaszadeh³

1. Assistant Professor, Department of Nursing, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.
2. Professor, Department of Nursing, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. Professor, Department of Nursing, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Original Article

Medical - Surgical Nursing Journal, 2014; 3(1): 1-9

ABSTRACT

Background and Objective: Although receiving transplantation improves quality of life in patients with end-stage renal disease, but faces them with new challenges. During the process of coping with transplanted kidney, there are several factors facilitate or obstacle this process. This study aimed to determine the facilitators of coping with transplanted kidney in renal transplant recipients.

Materials and Method: In this qualitative study, during 2011-2012, in-depth semi-structured interviews were done with 11 renal transplant recipients in transplantation ward of Afzalipour Hospital affiliated to Kerman University of Medical Sciences, Iran. The purposive sampling continued to emerge saturated data, codes and themes. Data analysis was done using the latent content analysis approach.

Results: Analysis of the text revealed 2 themes and 7 categories including using internal resources (spirituality, positive thinking, and positive self-image) and using external resources (family, peers, health care system, and social organizations).

Conclusion: Internal and external resources assist kidney transplant recipient to cope with transplanted kidney. Developing social supportive systems as well as family education about their important role that could positively affects the process of coping should be considered. Providing an environment in which the patients can express their experiences of coping under supervision of expert nurses seems to be an effective approach to make them aware of effective coping strategies and provide an atmosphere to learn from each other.

Keywords: *Coping, facilitator, renal transplantation, content analysis, qualitative study*

Correspondence:

Mahvash Salsali
Tehran University of
Medical Sciences

Email:
m_salsali@hotmail

Rrceived: 22/12/2013
Accepted: 24/2/2014

Please cite this article as: Rayyani M, Salsali M, Abbaszadeh A. Facilitators of coping in renal transplant recipients: A qualitative study. *Medical - Surgical Nursing Journal* 2014; 3(1): 1-9.



Medical & Surgical Nursing Journal

Vol. 3, No. 1, 2014



Owned and Published by: Zahedan University of Medical Sciences and Health Services, Nursing and Midwifery School

ISSN: 2322-178X

Online ISSN: 2322-4169

Ministry of Health and Medical Education License

No: 19191/90, 90.7.24

Chairman & Editor-in-Chief:

Ali Navidian, PhD (Associate Professor of Family Counseling)

Executive Manager and Successor as Editor-in-Chief:

Fatihe Kermansaravi, MSc (Assistant Professor of Nursing)

Copy edit, Layout edit and Design:

Farzanegan Radandish Co.

Editorial Office & Internet Manager:

Mahdiye Rezaei

Editorial Board

Alhani F. (PhD), Associate Professor of Nursing, Tarbiat Modares Tehran.

Arbabi-Sarjoo AA. (PhD), Assistant Professor of Nursing, Zahedan University of Medical Sciences.

Ebadi A. (PhD), Assistant Professor of Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences.

Fallahi Khoshknab M. (PhD), Associate Professor of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation.

Imani M. (MD), Associate Professor of Pediatrics Diseases, Zahedan University of Medical Sciences.

Kermansaravi F. (MSc), Assistant Professor of Nursing, Zahedan University of Medical Sciences.

Metanat M. (MD), Associate Professor of Infectious Diseases, Zahedan University of Medical Sciences.

Mehrdad N. (PhD), Assistant Professor of Nursing, Tehran University of Medical Sciences.

Mohammadi I. (PhD), Associate Professor of Nursing, Tarbiat Modares Tehran.

Moodi Z. (PhD), Assistant Professor of Midwifery, Zahedan University of Medical Sciences.

Najafi F. (MSc), Instructor of Nursing, Zahedan University of Medical Sciences.

Navidian A. (PhD), Associate Professor of Family Counseling, Zahedan University of Medical Sciences.

Nasrabadi AR. (PhD), Associate Professor of Nursing, Tehran University of Medical Sciences.

Nikbakht Rakhshani F. (PhD), Professor of Health Education, Zahedan University of Medical Sciences

Rakhshani F. (PhD), Professor of Health Education, Shahid Beheshti University of Medical Sciences.

Roodbari M. (PhD), Associate Professor of Statistic, Tehran University of Medical Sciences.

Sanadgol H. (MD), Associate Professor of Internal Medicine, Zahedan University of Medical Sciences.

Taheri M. (PhD), Assistant Professor of Medical Genetic, Zahedan University of Medical Sciences.

Yaghmaei F. (PhD), Associate professor of nursing, Islamic Azad university Zanjan branch.

Yaghoobinia F. (PhD), Assistant Professor of Nursing, Zahedan University of Medical Sciences.

The referee of this edition

Atashzade Shourideh F. (PhD), Masoudi R. (PhD), Moodi Z. (PhD), Navabi Rigi SH, Navidian A. (PhD), Roodbari M. (PhD), Sabzevari S. (PhD), Sanago A. (PhD), Yaghoobinia F. (PhD).

Background and Fields: Nursing

Funded By: Undersecretary for Research at Zahedan University of Medical Sciences with Cooperative by Iranian Nursing Association.

Reprinting of this publication is subject to citing the references, and all rights reserved.

Address: Medical & Surgical Nursing Journal, Mashahir Square, Zahedan Nursing and Midwifery University. P.O. Box: 98169-13396.

Tel: +98 541 2438473 fax: +98 541 2442481, email: ijmsn@zaums.ac.ir

Medical— Surgical Nursing Journal

No 3 , Volume 1 , March 2014 , ISSN : 2322-178X



ORIGINAL ARTICLES

- **Facilitators of coping in renal transplant recipients: A qualitative study.....9**
Rayyani M, Salsali M, Abbaszadeh A
- **The effect of Ginger on symptoms of premenstrual syndrome in university students.....16**
Khayat S, Kheirkhah M, Behboodi-Moghadam Z, Fanaei H, Kasaeiyan A
- **The effect of olfactory stimulation with breast milk smell on the duration of feeding transitional time from gavage to oral feeding and hospital stay in premature infants hospitalized in neonatal intensive-care unit.....23**
Shamsi A, Movahedi Z, Pouraboli B, Iranmanesh S
- **Evaluation of metabolic control and its related factors in patients with type 2 diabetes mellitus 31**
Ebrahimi H, Sadeghi M, Bagheri H, Sargazi GH
- **The effect of kangaroo mother care on weight gain, stay lengthh and controlling temperature of preterm neonates with low birth weight in neonatal intensive care units of selected hospitals in Mashhad.....37**
Jafari M, Bayat Mokhtari M, Kermansaravi F
- **The perceived pain of myocardial infarction in patients with type 2 diabetes mellitus.....44**
Khosravan SH, Tolidei-ie HR, Sayah B, Maleki F, Saber N
- **The effect of short-term aerobic exercise on the blood pressure in elderly clients with hypertension 51**
Hidari H, Bolurchifard F, Yaghmaei F, Naseri N, Hamadzadeh S
- **Comparison of patient education and follow up by nurse on anxiety in heart failure patients 60**
Shojaee A, Nehrir B, Naderi N, Zareyan A