

فصلنامه پرستاری داخلی - جراحی

ISSN : 2322-178X

دوره: ۲ شماره: ۲.۱ بهار و تابستان ۱۳۹۲

Downloaded from ijmsn.ir at 10:53 +0330 on Saturday December 15th 2018



مقالات پژوهشی

- فرایند تطابق در دریافت کنندگان پیوند کلیه: یک مطالعه گراند تئوری.....۱
مسعود ریانی، مهوش صلصالی، عباس عباسزاده
- تأثیر بازتاب درمانی بر کیفیت خواب سالمندان: کارآزمایی بالینی.....۱۱
آلهه سید رسولی، لیلا ولیزاده، خدیجه نصیری، وحید زمانزاده، سکینه گلجاریان، امید قاسمی
- خودارزیابی پرستاران در زمینه مهارت بررسی وضعیت سلامت سیستم قلب و عروق.....۱۹
محسن ادیب حاجباقری، آزاده صفا، علیرضا فاضل دربندی
- تأثیر رایحه درمانی بر تغییرات همودینامیک بیماران تحت آنژیوگرافی عروق کرونر.....۲۶
حمیرا طهماسبی، علیه عباسی، ماندانا زعفری، هادی درویشی خضری
- تأثیر آموزش کیفیت زندگی بر خودکارآمدی بیماران تحت درمان با همودیالیز.....۳۳
سمیه سلطانی نژاد، زهرا عباسی دولت آبادی، محمود محمودی
- مقایسه دو روش شیردهی کرال و معمول بر رفتار شیردهی موفق در دو ساعت اول بعد از زایمان.....۳۹
شهین دخت نوابی ریگی، ابراهیم ابراهیمی طبس، سمیه خزانیان
- تغییرات کیفیت زندگی بیماران تحت عمل جراحی پیوند عروق کرونر بستری در بیمارستان امام خمینی^(۵) ارومیه.....۴۵
مدینه جاسمی، وحید زمانزاده، حمداله علی نژاد
- مقایسه تأثیر پماد سولفادیاژین نقره ۱ درصد و پماد گیاهی فاندرومول بر کاهش درد بیماران با سوختگی درجه دو.....۵۱
محمد حیدری، سارا شهبازی
- ارتباط بین نشانگان پای بیقرار با اختلال کیفیت خواب در بیماران تحت همودیالیز.....۵۷
حسین حبیب زاده، نصیبه لازاری، رضا قانعی قشلاق
- ارتباط استاد و دانشجو در آموزش بالینی پرستاری: تحلیل محتوای کیفی.....۶۳
فریبا یعقوبی نیا، عباس حیدری، رباب لطیف نژاد رودسری



انجمن علمی پرستاری ایران

فصلنامه پرستاری داخلی و جراحی



دوره ۲، شماره ۱ و ۲، بهار و تابستان ۱۳۹۲

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

امور نشر (ویراستاری، صفحه آرایی و طراحی):

شرکت فرزنانگان راندیش

کارشناسان اجرایی: مهدیه رضایی، نازی مبین فر

مدیر پایگاه: مهدیه رضایی

شماره استاندارد بین المللی نشریه: ۲۳۲۲-۱۷۸۸

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

مدیر مسئول: دکتر علی نویدیان (استادیار راهنمایی و مشاوره)

سر دبیر: دکتر هوشنگ سندگل (دانشیار بیماریهای داخلی)

مدیر اجرایی: فتیحه کرمان ساروی (استادیار پرستاری)

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: استادیار 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 عزیزاله 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 آماردانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر هوشنگ سندگل: دانشیار بیماریهای داخلی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

دکتر محسن طاهری: استادیار ژنتیک پزشکی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

دکتر عباس عبادی: استادیار پرستاری دانشگاه علوم پزشکی 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 فضل اله احمدی، دکتر اکرم ثناگو، دکتر ناهید رژه، دکتر مسعود رودباری، دکتر سکینه سبزواری، دکتر رضا ضیغمی، دکتر عباس

عباس زاده، دکتر مسعود فلاحي خشکناپ، دکتر رضا مسعودی، فرشته نجفی، دکتر علی نویدیان، دکتر فریبا یعقوبی نیا.

زمینه موضوعی: تخصصی پرستاری

حمایت علمی و تامین اعتبارات مالی مجله: معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زاهدان، با

همکاری انجمن علمی پرستاری ایران

لیتوگرافی و چاپ و صحافی: چاپخانه کارینو، زاهدان، خیابان دانشگاه، دانشگاه ۲۹

شمارگان: ۵۰۰ جلد

استفاده از مطالب نشریه با ذکر منابع بلامانع می باشد.

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

تلفن: ۲۴۳۸۴۷۳ - ۰۵۴۱ - ۲۴۴۲۴۸۱ - ۰۵۴۱ - ۲۴۴۲۴۸۱ Email: ijmsn@zaums.ac.ir

فرایند تطابق در دریافت کنندگان پیوند کلیه: یک مطالعه گراند تئوری

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

۱. مربی، 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، تهران، ایران

مقاله پژوهشی

فصلنامه پرستاری داخلی - جراحی، سال دوم، شماره ۲ و ۱، بهار و تابستان ۱۳۹۲، صفحات ۱-۱۰

چکیده

زمینه و هدف: پیوند کلیه به عنوان درمان انتخابی و مؤثرترین روش جایگزین در بیماری کلیوی در مرحله انتهایی به حساب می‌آید. اگرچه پیوند می‌تواند موجب بهبود کیفیت زندگی بیماران گردد، اما آنان را با چالش‌ها و نگرانی‌های جدیدی مواجه خواهد کرد. از آنجایی که اطلاعات کمی در مورد فرایند تطابق در این بیماران وجود دارد، فهم چگونگی تطابق با کلیه پیوندی، تدارک دهندگان مراقبت را قادر خواهد کرد تا بتوانند برنامه‌های مراقبت مناسب و جامعی را برنامه‌ریزی و اجرا نمایند. هدف این مطالعه، تبیین فرایند تطابق در دریافت کنندگان پیوند کلیه بود. مواد و روش‌ها: در انجام این تحقیق، روش کیفی بر اساس نظریه گراند تئوری برای تبیین فرایند تطابق مورد استفاده قرار گرفت. در ابتدا، مشارکت کنندگان به صورت مبتنی بر هدف و از بین دریافت کنندگان پیوند انتخاب شدند و به تدریج کار با نمونه‌گیری نظری ادامه پیدا کرد. ۱۱ بیمار دریافت کننده پیوند از بخش پیوند بیمارستان افضلی‌پور کرمان و ۳ نفر از اعضای خانواده آنان (۱۴ نفر) طی سال ۹۱-۱۳۹۰ مورد مصاحبه قرار گرفتند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، نسخه پیشنهادی Strauss و Corbin مورد استفاده قرار گرفت.

یافته‌ها: سه طبقه درک واقعیت پیوند، راهبردهای مقابله‌ای و یادگیری زندگی چالشی از تحلیل داده‌ها به دست آمد. یافته‌ها دلالت بر این داشت که این فرایند تدریجی و آرام بوده و در هر مرحله دارای ویژگی‌های خاص می‌باشد. طبقه مرکزی استخراج شده «تلاش مداوم و هدفمند برای رسیدن به آرامش در زندگی جدید» بود. نتیجه‌گیری: درک واقعیت پیوند و چالش‌های آن، اثرات گذرا و ماندگاری بر زندگی بیمار خواهد داشت. در این فرایند، پرستاران به عنوان یکی از اعضای مهم تیم مراقبت می‌توانند با تدارک برنامه‌های آموزشی مناسب و مراقبت‌های حمایتی، بیمار را در یادگیری تطابق با کلیه پیوندی و چالش‌های آن یاری رسانند.

کلید واژه‌ها: فرایند تطابق، تطابق، پیوند کلیه، مطالعه گراند تئوری

نویسنده مسؤول:

مسعود ریانی

دانشگاه علوم پزشکی کرمان

پست الکترونیک:

m_rayani@kmu.ac.ir

تاریخ دریافت مقاله: ۹۲/۲/۱۷

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۲/۴/۲۵

مقدمه

تغذیه، ورزش و کنترل وزن می‌باشد اشاره کرد. علاوه بر این باید با یک جسم خارجی که اکنون بخشی از بدن آنان به حساب می‌آید، کنار آیند.^۸ از سویی با وجود مصرف داروهای سرکوب کننده ایمنی، احتمال پس زدن پیوند وجود دارد و درگیری ذهنی مداوم بیماران را موجب می‌گردد.^{۹،۱۰} به عبارتی تجربه بعد از پیوند، از جهتی مشابه یک شرایط مزمن جدید است که می‌تواند منجر به حس بلا تکلیفی نسبت به آینده گردیده و بر سازگاری با زندگی اثر بگذارد.^{۱۱} همه موارد مذکور می‌توانند به عنوان عوامل استرس‌زا مطرح باشند.

تحقیقات زیادی تلاش کرده‌اند فرایندهای روانی این موضوع را که به چه دلیل برخی افراد وقتی به بیماری شدیدی مبتلا می‌شوند نسبت به دیگران آن را بهتر از سر می‌گذرانند، تبیین و توصیف نمایند. اغلب این فرایندهای روانی در متون تحت عنوان «تطابق» نامگذاری شده‌اند.^{۱۲} در مدل استرس و تطابق Folkman و Lazarus (به نقل از Liu و همکاران)،^۲ تطابق به تلاش‌های شناختی و رفتاری برای مدیریت کردن نیازهای درونی و بیرونی که منفی و

مرحله انتهایی بیماری کلیوی، بیماری مزمن و برگشت‌ناپذیری است که برای آن نمی‌توان بهبودی متصور شد و گزینه‌های درمانی آن دیالیز یا پیوند کلیه هستند.^۱ پیوند کلیه به عنوان اولین روش انتخابی^۲ و مؤثرترین راه درمان جایگزین برای بیماران مرحله نهایی بیماری کلیه^۳ در مقایسه با درمان طولانی مدت با دیالیز مطرح است^۴ که می‌تواند باعث بهبود کیفیت زندگی و رها شدن از دیالیز گردد،^۵ اما به اعتقاد Starzl (به نقل از Hoffart)^۶ پیوند چیزی بیشتر از دریافت یک اندام جدید می‌باشد و ضروری است که دریافت کنندگان دیدگاهشان را نسبت به دنیا تغییر داده و از نظر فیزیکی، روانی و اجتماعی با زندگی جدید سازگار شوند؛ چرا که بین واقعیت و انتظارات غیر واقعی بیمار و اطرافیان در دوره پس از پیوند، شکاف عمیقی وجود دارد. دریافت کنندگان پیوند و خانواده آن‌ها با یک واقعیت مشکل و ماندگار جدید مواجه می‌شوند.^۷ بیماران چالش‌های گوناگونی را تجربه می‌کنند و از آن جمله می‌توان به تبعیت از رژیم درمانی پیچیده که شامل کنترل مداوم، معاینات بالینی مرتب، تبعیت رژیم دارویی و تغییر شیوه زندگی در قالب

دریافت کنندگان پیوند کلیه طراحی و به مرحله اجرا گذاشته شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه بر اساس الگوی طبیعت‌گرایی و با بهره‌گیری از روش کیفی به بررسی فرایند تطابق در بیماران دریافت کنندگان پیوند کلیه بخش پیوند بیمارستان افضلی‌پور کرمان پرداخت. چون سؤال پژوهش هدایتگر انتخاب روش پژوهش است،^{۲۵} به همین دلیل انتخاب روش پژوهش بر اساس سؤال اصلی تحقیق که به دنبال پاسخ این بود که «فرایند تطابق در بیماران دریافت کننده پیوند چگونه رخ می‌دهد؟» صورت گرفت. از آنجایی که تطابق با پیوند یک پدیده در حال وقوع در بیماران دریافت کننده پیوند است که در خلال تعاملات اجتماعی این گروه با محیط واقعی شکل می‌گیرد و ماهیت فرایندی دارد؛ به همین دلیل از بین روش‌های کیفی، گراندد تئوری (Grounded theory) که برای مطالعه عمیق این فرایند در یک بستر طبیعی مناسب به نظر می‌رسید، انتخاب گردید.

بعد از کسب مجوزهای لازم، در ابتدا مشارکت کنندگان به صورت مبتنی بر هدف از بین دریافت کنندگان پیوند بخش پیوند بیمارستان افضلی‌پور کرمان انتخاب شدند و به تدریج یادآورها، هدایتگر تیم محقق به نمونه‌گیری نظری از بین اعضای خانواده‌ها بود. Speziale و همکاران^{۲۵} نمونه‌گیری نظری را تصمیمی آگاهانه برای یافتن منابع جدید داده‌ها می‌دانند که به منظور روشن‌سازی درک محقق درباره مفاهیم کشف شده و چگونگی ارتباط این مفاهیم با یکدیگر انجام می‌شود. معیارهای ورود به پژوهش شامل: حداقل ۱۸ سال سن، برخوردار بودن از قدرت شنوایی، قادر بودن به تکلم، فاقد بیماری شناخته شده روانی و گذشتن حداقل شش ماه از دریافت پیوند بود. داده‌ها با انجام مصاحبه عمیق نیمه ساختار یافته با این افراد جمع‌آوری گردید. مدت زمان مصاحبه بین ۴۵ دقیقه تا ۱/۵ ساعت بود. مشارکت کنندگان ۱۱ نفر دریافت کننده پیوند (۵ زن و ۶ مرد) با میانگین سنی ۳۷/۱۸ سال و دامنه سنی ۵۷-۱۸ سال و سه عضو خانواده بیماران (۲ نفر همسر و یک نفر خواهر) بودند (جدول ۱).

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان

دریافت کنندگان پیوند		اعضای خانواده	
جنس			
مرد	۵	۲ (همسر)	
زن	۶	۱ (خواهر)	
سن (سال)	۱۸-۵۷	۲۶-۵۲	
سطح تحصیلات (تعداد)			
زیر دیپلم	۴	۱	
دیپلم	۴	-	
فوق دیپلم	-	۱	
لیسانس	۳	۱	
نوع پیوند دریافتی			
		زنده غیر خویشاوند (۱۱ مورد)	
مدت زمان پیوند دریافتی (ماه)		۶-۹۰	

چالشی ارزیابی شده‌اند، تعریف شده است. تطابق و سازگاری با بیماری مزمن به دلیل استرس‌های زیستی، فیزیکی، روانی و اجتماعی به شدت با کیفیت زندگی افراد ارتباط دارد و تأثیر عمیقی بر افراد، خانواده‌ها و تعامل اجتماعی فرد با دنیای خارج دارد.^{۱۳}

بررسی متون بیانگر این بود که با وجود تحقیقات انجام شده در مورد مسایل گوناگون بیماران دریافت کننده پیوند کلیه، مطالعه کیفی که به بررسی فرایند تطابق در بیماران دریافت کننده پیوند کلیه در ایران پرداخته باشد، وجود ندارد و خلأ دانشی در این زمینه به طور کامل احساس می‌گردد. White و Gallagher^۸ و Lindqvist^۹ و همکاران^۹ نیز بر این امر تأکید دارند که در مورد فرایند تطابق در بیماران پیوند کلیه تحقیقات اندکی انجام گرفته است؛ این در حالی است که هنوز چیزهای زیادی درباره فرایند سازگاری و تطابق با بیماری‌های مزمن به خصوص وقتی شخص در مرحله ایجاد یک هویت جدید به عنوان فرد دارای ناتوانی و یا در مراحل سازگاری و تطابق با بیماری قرار داشته باشد، باید آموخته شود.^{۱۶-۱۴} البته فرایند تطابق در سایر بیماری‌های مزمن مورد بررسی قرار گرفته است؛ از جمله عسگری^{۱۷} در بررسی فرایند سازگاری بیماران دیالیزی، نگرانی اصلی آنان را نحوه مواجهه با تهدیدات ناشی از عوارض بیماری گزارش کرده و اظهار داشته است که آن‌ها در مواجهه با این نگرانی از راهبرد اساسی و پایه‌ای «تلاش برای عادی سازی زندگی» استفاده می‌کنند.

در پژوهش فارسی و همکاران^{۱۸} روی فرایند تطابق بزرگسالان مبتلا به سرطان خون که تحت درمان پیوند مغز استخوان قرار گرفته بودند، نتایج منجر به ظهور پنج طبقه «تهدید درک شده، معلق بودن بین ترس و امید، تولد دوباره، عوامل زمینه‌ای و راهبردهای تطابق» گردید. در نهایت «یافتن معنا» به عنوان برآیند نهایی تجربه که دلالت بر تطابق مؤثر داشته است، مورد شناسایی قرار گرفت. پژوهش‌های مشابه نیز به بررسی فرایند تطابق پرداخته‌اند که از جمله به بیماران تحت درمان با همودیالیز،^{۱۹} والدینی که برای فرزندشان تشخیص سرطان گذاشته شده بودند^{۲۰} و زنان با درد مزمن لگنی^{۲۱} می‌توان اشاره کرد. نتایج تحقیقات فوق مبین این بود که فرایند سازگاری با بیماری مزمن، فرایندی خطی نیست و در بیماری‌های مختلف با وجود تشابهات، تفاوت‌هایی نیز با هم دارند و افراد با توجه به عوامل زمینه‌ای برای کنار آمدن با بیماری از راهبردهای تطابق گوناگونی استفاده می‌نمایند. Mosher و همکاران نیز این مطلب را تأیید می‌کنند که راهبردهای تطابق بر اساس عوامل زمینه‌ای متفاوت هستند.^{۲۲}

با عنایت به این نکته که فرایند سازگاری با بیماری تجربه‌ای شخصی، چند بعدی و متأثر از عوامل متعدد فرهنگی و اجتماعی است؛^{۲۳} بنابراین تنها با رویکرد کیفی و مطالعه عمیق تجارب زنده افرادی که به طور دایمی چالش‌های گوناگون آن را لمس می‌نمایند می‌توان به آن دست یافت. 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.^{۲۴} با توجه به موارد پیش‌گفت و اهمیت درک این تجارب برای برنامه‌ریزی‌های بهتر مراقبتی در پرستاری، پژوهش حاضر با هدف تبیین فرایند تطابق در

کردن کلمات و عبارات و کشف معانی مستتر در آن‌ها و همچنین ارتباط بین این مفاهیم فرایند سه مرحله‌ای کدگذاری باز، محوری و انتخابی مورد استفاده قرار گرفت.^{۲۶}

بعد از برگرداندن متون هر مصاحبه برای شکل‌گیری مفهوم، فرایند تحلیل و کدگذاری با کدگذاری باز که نوعی تحلیل میکروسکوپی داده‌ها است و داده‌ها برای ملاحظه تمام معانی ممکن شکسته می‌شوند،^{۲۶} به عنوان اولین سطح کدگذاری آغاز گردید. در این مرحله تمرکز تیم تحقیق روی ساخت مفاهیم از داده‌ها بود؛ بنابراین متن مصاحبه‌ها چندین بار مورد مطالعه قرار می‌گرفت. داده‌ها به قطعات قابل مدیریت شکسته شده و برای ایده‌هایی که در داخل هر کدام از قطعات بود نام مفهومی تخصیص یافت. گاهی اوقات مشارکت کنندگان کلمات یا عباراتی که بسیار واضح و روشن بود به کار می‌بردند که عین آن‌ها مورد استفاده قرار می‌گرفت و محقق به عنوان کد زنده (In-vivo) از آن‌ها استفاده می‌کرد. در ادامه مصاحبه‌های بعدی، کدهای حاصل شده با یکدیگر و با کدهای مصاحبه‌های قبلی برای پیدا کردن تشابهات و تفاوت‌ها مقایسه می‌شدند و کدها بر اساس وجوه اشتراک در یک طبقه قرار می‌گرفتند.

روش مقایسه مداوم برای تعیین این‌که آیا هر رخدادی در داده‌ها به طبقه‌ای تعلق دارد که پیش‌تر وجود داشته و یا این‌که باید در طبقه جدیدی جای گیرد، به طور مرتب انجام می‌شد. مقایسه مداوم برای محقق شرایطی فراهم می‌کند که داده‌ها را در گروه‌های مشابه جای داده و طبقات و مفاهیم به وجود آیند.^{۲۵} برای سهولت کار، نرم‌افزار MAXQDA برای سازماندهی طبقات و زیرطبقات مورد استفاده قرار گرفت. طبقات اولیه چندین بار مورد بازبینی و مقایسه قرار گرفتند که نتیجه آن، ادغام برخی از طبقات و یا به وجود آمدن طبقات جدید بود. در پایان این مرحله ۴۷۶ کد اولیه در ۲۷ طبقه ابتدایی جای گرفتند.

تحلیل با کدگذاری محوری که تحلیلی با جزئیات بیشتر نسبت به مرحله کدگذاری باز است ادامه یافت. این مرحله شامل تعیین الگوهای موجود در داده‌ها و سطح مقوله‌بندی است.^{۲۷} برای مشخص شدن ارتباط بین طبقات و زیرطبقات، داده‌ها به شیوه جدید با یکدیگر ارتباط یافتند. کدها و طبقات اولیه‌ای که در کدگذاری باز ایجاد شده بودند با یکدیگر مقایسه شدند و آن‌ها که تشابه معنایی و مفهومی داشتند در هم ادغام شدند. کدها بارها و بارها مورد بررسی قرار گرفته و آن‌هایی که دارای ویژگی مشترک بودند دوباره دسته‌بندی شدند. دسته‌هایی که به نحوی با یکدیگر ارتباط داشتند در یک خوشه قرار گرفته و تحت عنوان زیرطبقه قرار گرفتند. در نهایت طبقات اصلی بر اساس مفاهیمی که به نحوی با یکدیگر مرتبط بوده و مفهوم انتزاعی‌تری از آنان حادث می‌شد شکل گرفتند، به عنوان مثال زیرطبقات رشد اداری و تعهد به پویایی، مدیریت موانع و تسهیلات، احساس تولد دوباره بیانگر رویداد انتزاعی‌تری نسبت به یادگیری زندگی چالشی می‌باشد.

محقق کدگذاری انتخابی را برای تعیین متغیر مرکزی به کار برد که به معنای محدود کردن کدگذاری به داده‌هایی است که به متغیر مرکزی مربوط

برای این‌که بتوان مشارکت کنندگان توانمندی برای مصاحبه انتخاب کرد، پژوهشگر ضمن دریافت لیست دریافت کنندگان پیوند با مشورت دست‌اندرکاران انجمن حمایت از بیماران کلیوی مستقر در مرکز خیریه ثامن‌الحجج^(ع) افرادی را برای شروع کار انتخاب کرد که با توصیه آنان از توان مناسب‌تری برای برقراری ارتباط و دادن اطلاعات موثق برخوردار بودند. پژوهشگر اصلی با واجدین شرایط تماس تلفنی گرفته و ضمن تبیین اهداف پژوهش، در صورت قبول مشارکت، وقت ملاقات حضوری برای انجام مصاحبه تعیین گردید. مکان انجام مصاحبه با توافق بیمار در بیمارستان یا مرکز خیریه که این بیماران تحت پوشش آن هستند، تعیین می‌گردید. مکان مصاحبه به صورتی بود که دریافت‌کننده پیوند به راحتی بتواند تجارب خود را در اختیار قرار دهد. قبل از انجام مصاحبه ضمن کسب رضایت شفاهی، رضایت آگاهانه کتبی برای مشارکت در پژوهش و ضبط مصاحبه نیز اخذ می‌گردید.

رویکرد اصلی در جمع‌آوری داده‌ها در این پژوهش مبتنی بر مصاحبه نیمه ساختار یافته با رعایت اصول آن بود. به طور کلی از مشارکت کنندگان درخواست شد که تجربه‌شان را در مورد موضوع مورد تحقیق به تفصیل بیان نمایند. مصاحبه با سؤالات عمومی آغاز می‌شد و با پیشرفت مصاحبه سؤالات اختصاصی‌تر بر اساس طبقات به دست آمده و با توجه به هدف پژوهش مطرح می‌گردید. سؤالات مشتعل بر یک سؤال اولیه و چند سؤال پیگیری بود. بر اساس پاسخی که به پژوهشگر داده می‌شد، تلاش شد با سؤالات پیگیری جزئیات موضوع روشن گردد. یک راهنمای کلی مصاحبه نیز مورد استفاده قرار گرفت. نمونه‌ای از سؤالات به شرح زیر بود: «بعد از دریافت پیوند با چه مسایلی و مشکلاتی مواجه بوده‌اید؟، برای مقابله با این مشکلات و کنار آمدن با آن‌ها چه اقداماتی انجام داده‌اید؟ و از بین روش‌های مقابله‌ای چه روش‌هایی مؤثرتر بوده‌اند؟» البته با توجه به پاسخ بیمار سؤالات متناسبی برای رفع ابهام پرسیده و توضیحات مکمل وی شنیده می‌شد. با تکرار مصاحبه‌ها سؤالاتی از متن آن‌ها نیز استخراج و در مصاحبه‌های بعدی مورد استفاده قرار می‌گرفت.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نسخه پیشنهادی Strauss و Corbin استفاده شد. بعد از پایان هر مصاحبه در حداقل زمان مصاحبه کلمه به کلمه به صورت نوشتاری پیاده‌سازی گردید. تحلیل بعد از تکمیل اولین مصاحبه انجام شد. این رویکرد متوالی و پی‌درپی به محقق اجازه می‌دهد که مفاهیم مناسب را مورد شناسایی قرار دهد، همچنین از طریق سؤالات پیگیری روند را دنبال نموده و به نحو حساس‌تری گوش داده و مشاهداتش را انجام دهد.^{۲۶} بعد از پیاده کردن نوار صوتی و تحلیل آن، از اطلاعات به دست آمده برای تهیه سؤالات مصاحبه بعدی بهره گرفته شد. پس از پدیدار شدن طبقات اولیه، انتخاب شرکت کنندگان بعدی بر این اصل استوار بود که وی چقدر می‌تواند به روشن شدن طبقات در حال پدیدار شدن کمک نماید و این روند تا اشباع داده‌ها ادامه یافت. نمونه‌گیری تا آن زمان ادامه پیدا کرد که اشباع داده‌ها حاصل و کدها و طبقات تکمیل شده و دیگر کد جدیدی از اطلاعات به دست نیامد. در تحلیل برای جدا

دقیق قرار گیرد. برای اطمینان از این که یافته‌ها با تجارب مشارکت کنندگان همخوانی دارد، بازنگری 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. دو استاد باتجربه بازنگری ناظرین را انجام دادند. ممیزی خارجی نیز توسط کیفی کار باتجربه برای رسیدن به تأییدپذیری انجام شد؛ به طوری 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 طول آن را به طور دقیق ثبت و گزارش کنند 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 شده است و سعی گردید با ارایه نقل قول‌های مناسب امکان افزایش انتقال‌پذیری فراهم گردد.

ملاحظات اخلاقی رعایت شده در پژوهش شامل کسب مجوزهای لازم از رؤسای دانشکده پرستاری و مامایی رازی، بیمارستان افضلی‌پور و مرکز خیریه ثامن الحجج^(۴)، اخذ رضایت آگاهانه کتبی جهت انجام مصاحبه و ضبط آن، اطمینان به مشارکت کنندگان که در صورت عدم تمایل در هر مرحله تحقیق می‌توانند از ادامه آن انصراف داده و این امر تأثیری بر روند درمان آنان نخواهد داشت، تأکید بر محرمانه بودن اطلاعات دریافتی و استفاده از آن‌ها فقط در راستای اهداف تحقیق و بدون ذکر مشخصات هویتی و اعلام نحوه دسترسی به نتایج تحقیق بود.

یافته‌ها

نتایج تحلیل داده‌ها منجر به ظهور سه طبقه: ۱- درک واقعیت پیوند، ۲- راهبردهای مقابله‌ای و ۳- یادگیری زندگی چالشی، گردید که هر کدام به نحوی تبیین کننده بخشی از فرایند تطابق در دریافت کنندگان پیوند کلیه می‌باشد (جدول ۲).

هستند.^{۲۵} استفاده از مقایسه مداوم به محقق برای انتخاب متغیر مرکزی و همچنین تعیین ارتباط آن با سایر طبقات کمک کرد. محقق تعدادی متغیر احتمالی را برای متغیر مرکزی انتخاب کرده و با استفاده از مقایسه مداوم این امر را مورد بررسی قرار داد که کدام یک از آن‌ها وجود یک طبقه و یا ارتباطش با سایر طبقات را مورد حمایت قرار نمی‌دهد.^{۲۶} محقق همچنین طبقات گوناگون را که از مراحل قبلی تحلیل داده‌ها به وجود آمده بودند توسط دیاگرام‌ها به هم اتصال داد. در خلال این فرایند محقق دریافت که چالش‌های مشارکت کنندگان در طی زمان تغییر می‌کند؛ بنابراین «تحلیل داستانی» برای ارتباط دادن طبقات عمده داده‌ها که نوعی از تحلیل است و توسط Strauss و Corbin مورد استفاده قرار گرفته را مورد ملاحظه قرار داد.^{۲۶} در نهایت با پیشرفت کار سه طبقه اصلی «درک واقعیت پیوند، راهبردهای مقابله‌ای و یادگیری زندگی چالشی» از داده‌ها استخراج شد و «تلاش مداوم و هدفمند برای رسیدن به آرامش در زندگی جدید» به عنوان طبقه مرکزی مورد شناسایی قرار گرفت. این طبقه مفهومی انتزاعی است که ردپای آن را در تمام طبقات می‌توان دید. هنگامی که فرد به درک واقعیت پیوند نایل می‌گردد همه تلاش خود را مبدول می‌دارد که رژیم غذایی و دارویی را رعایت نماید، وضعیت عملکرد کلیه را پیگیری کرده و نقایص اطلاعاتی خود را جبران کند، راهبردهای مقابله‌ای مناسب را مورد استفاده قرار دهد و در نهایت راه و رسم زندگی چالشی را فراگیرد. به عبارت دیگر، دریافت کننده پیوند در طی فرایند تطابق به طور مداوم برای ادامه بقا، تلاش هدفمندی را برای رسیدن به آرامش دنبال می‌نماید.

اگرچه پژوهشگران کیفی، به اندازه محققین کمی به دنبال تعمیم یافته‌های خود نیستند، اما در تلاش هستند که حاصل کارشان بیان کننده تجارب واقعی مشارکت کنندگان باشد. به همین منظور چهار معیار مقبولیت، اعتماد، تأییدپذیری و انتقال‌پذیری که Guba و Lincoln (به نقل از Strauss و Corbin)^{۲۶} برای ارزیابی اعتماد داده‌های کیفی مطرح کرده‌اند، رعایت گردید. تماس طولانی مدت با مشارکت 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 بررسی

جدول ۲: نمونه شکل‌گیری طبقات و زیرطبقات

طبقات	زیرطبقات	طبقات اولیه
درک واقعیت پیوند	مواجهه با محدودیت‌ها و چالش‌ها	۱- محدودیت‌های اولیه، ۲- تبعیت رژیم دارویی، ۳- تبعیت رژیم غذایی، ۴- محدودیت تعاملات، ۵- عوارض دارویی و ۶- ترس پس زدن پیوند
راهبردهای مقابله‌ای	آموختن از تجارب دیگران	۱- نقص اطلاعاتی و ۲- تجارب سایرین
	معنویت‌مداری	۱- تسلیم تقدیر الهی و ۲- آزمون الهی
	توسعه خودمدیریتی و توانمندسازی	۱- مراقبت از خود و ۲- نقش حمایت اجتماعی
	ارتقای اعمال خودانگکاسی	۱- خوش‌بینی و مثبت‌نگری، ۲- بسط خلاقیت و تخیل و ۳- کاربرد اجتناب
	پذیرش واقعیت	۱- پذیرش محدودیت و ۲- اداره کردن محدودیت
یادگیری زندگی	رشد ادراکی و تعهد به پویایی	۱- لزوم تغییر شیوه زندگی و ۲- درک ارزش‌ها
چالشی	مدیریت موانع و تسهیلات	۱- منابع درونی، ۲- منابع بیرونی، ۳- پارادوکس حمایتی، ۴- وضع بد اقتصادی و ۵- ازدواج‌گزینی
	احساس تولد دوباره	۱- ترمیم تصویر تن، ۲- کاهش مشکلات جسمی، ۳- کاهش مشکلات روانی و ۴- کاهش وابستگی

درک واقعیت پیوند

بیانات مشارکت کنندگان حاکی از این بود که اگرچه اطلاعات کم و بیشی در مورد پیوند کلیه داشتند، اما شنیده‌ها با قرار گرفتن در موقعیت و لمس واقعیت با تمام وجود برایشان تفاوت زمین و آسمان را داشته است. تنوع و کثرت داروهای سرکوب کننده ایمنی، نیاز به مصرف مادام‌العمر دارو، محدودیت رژیم غذایی، محدودیت تعاملات اجتماعی، عوارض دارویی، ترس از رد پیوند، عدم اطمینان به آینده و حتی ماسک زدن آنان را آزار می‌داد. دریافت کننده پیوند به محیطی پا می‌گذارد که نگاه دیگران بر آن سنگینی می‌کند، رفتارهای ترحم‌آمیز نزدیکان و دوستان و تصنعی بودن رفتارهای آنان و شاید طرد از گروه به دلیل محدودیت‌ها، وی را سخت آزار می‌دهد و همه این‌ها نمونه‌هایی بودند که واقعیت پیوند و مسایل و مشکلات مرتبط با آن را برای دریافت کننده پیوند آشکار می‌ساخت. حاصل تحلیل داده‌ها نیز موجب استخراج طبقاتی شد که درک واقعیت پیوند یکی از آنان بود و خود دو زیرطبقه مواجهه با محدودیت‌ها و چالش‌ها و آموختن از تجارب دیگران را شامل گردید.

مواجهه با محدودیت‌ها و چالش‌ها

اکثریت مشارکت کنندگان اظهار می‌داشتند که با گذشتن چندین هفته از دریافت پیوند و افزایش امید به بقای آن، از آن‌جایی که برنامه‌های موجود نیازهای اطلاعاتی آنان را به طور کامل مرتفع نمی‌نماید و برای پیشگیری از وارد شدن آسیب به پیوند دریافتی به دنبال تکمیل و اصلاح اطلاعاتشان در زمینه مراقبت از خود برمی‌آیند. آنان برای رسیدن به این هدف، به تیم درمان و بیمارانی که تجارب مشابه داشتند متوسل می‌شدند. برخی نیز بیان می‌کردند که استفاده از تجارب سایر بیماران، منبع اطلاعاتی بسیار مهمی برایشان محسوب می‌گردد. مشارکت کنندگی (م ۹) ابراز می‌داشت: «خودم در این بودم که از کسی که پیوند شده یا سابقه پیوند داره سوالاتی می‌پرسیدم».

راهبردهای مقابله‌ای

مشارکت کنندگان از راهبردهای مقابله‌ای متنوعی برای کنار آمدن با پیوند دریافتی استفاده می‌کردند. برخی از راهبردها که از داده‌ها استخراج شده‌اند عبارت از: معنویت‌مداری (تسلیم تقدیر الهی و آزمون الهی)، توسعه خودمدیریتی و توانمندسازی (نقش حمایت اجتماعی و مراقبت از خود)، ارتقای اعمال خودانعکاسی (بسط خلاقیت و تخیل، خوش‌بینی و مثبت‌نگری و کاربرد اجتناب)، پذیرش واقعیت (پذیرش محدودیت‌ها و اداره کردن آن‌ها) بودند. یافته‌ها نشان دهنده این بود که در هر مرحله فرایند کنار آمدن با پیوند کلیه راهبرد تطابق خاصی بیشتر مورد استفاده قرار می‌گیرد. در روزهای اول راهبرد معنویت کاربرد بیشتری داشت. سایه گسترده باورهای دینی در کل فرایند کنار آمدن به وضوح قابل احساس بود. بسیاری از مشارکت کنندگان اظهار می‌داشتند که وقتی خداوند امری را مقدر کرده است باید تسلیم محض خواسته او بود؛ چرا که در نهایت تسلیم است که بندگی معنا پیدا می‌کند. یکی از بیماران (م ۳) اظهار می‌داشت: «اعتقادم اینه که مثلاً می‌گم هیچ برگی بدون اذن خدا نمی‌افته درسته؟ یعنی ببین، حکمتی تو کاره. گفتم خواست خدا بوده، خدا دوست داره من این جوروری درد

از متون مصاحبه‌ها چنین برمی‌آید که دریافت کنندگان پیوند محدودیت‌ها و چالش‌های گوناگونی را تجربه می‌نمایند. به اذعان اکثریت، شاید مهم‌ترین چالش و نگرانی که ذهن همه آن‌ها را به طور مداوم به خود مشغول می‌دارد، امکان پس زدن پیوند دریافتی است. یکی از مشارکت کنندگان (م ۷) می‌گفت: «همش تو این فکرم آیا این کلیه برام کار بکنه، نکنه، خیلی وحشت دارم پس بزنه، پس نزنه». آنان اظهار می‌داشتند که از مراحل دشواری چون چالش تصمیم‌گیری برای اقدام به پیوند، انتظار طولانی برای یافتن دهنده مناسب، انجام آزمایش‌های متعدد، ترس از عمل و امکان ناموفق بودن آن عبور کرده‌اند؛ بنابراین دیگر تاب و تحمل تکرار دوباره این مراحل را ندارند. به همین جهت حداکثر تلاش خود را مبذول می‌داشتند که به توصیه پزشکان و پرستاران در خصوص رعایت رژیم دارویی و غذایی عمل نمایند. مشارکت کنندگان پس زدن پیوند را به منزله تحمل درد و رنج جسمی و روانی فراوان و تحمیل فشار اقتصادی سنگین بر خود و خانواده می‌پنداشتند. با توجه به شرایط موصوف، دریافت کنندگان پیوند کلیه با چالش تبعیت مواجه می‌شدند که در صورت عدول از آن، تداوم سلامت پیوند دریافت شده در معرض خطر قرار می‌گرفت. بدین لحاظ ابراز می‌داشتند که برای جلوگیری از پس زدن پیوند چاره‌ای جز تبعیت از رژیم سخت دارویی که تنوع و کثرت فراوانی هم دارد، ندارند. بنابراین تمام سعی خود را به کار می‌بستند که آن را رعایت نمایند.

یکی از مشارکت کنندگان (م ۳) وضعیت خود را این گونه توصیف می‌کرد: «من روزی سی تا قرص می‌خوردم که الان کم شده، شده دوازده تا دونه، خوب هر معده گنجایششو حساب کنی تو ماه، تو سال چقدر قرص رفته تو این معده».

پیروی از رژیم غذایی نیز مورد دیگری بود که به شدت مورد توجه

بکشم، اشکال نداره منم با این موضوع کنار می‌یام».

همه بر این باور بودند که در معرض آزمون الهی قرار دارند که در صورت سرفراز بیرون آمدن از آن، در جهان آخرت پاداش مناسبی دریافت خواهند کرد. در هفته‌های بعد تلاش آنان این بود که با ارتقای توانمندی‌های شخصی و جستجوی اطلاعات، بیماری خود را مدیریت نمایند. اگرچه از بدو دریافت پیوند مراقب کلیه پیوندی بودند، ولی با جمع‌آوری اطلاعات از منابع مختلف، خودمراقبتی به طور جدی در دستور کار آنان قرار می‌گرفت. یکی از مشارکت‌کنندگان (م ۶) می‌گفت: «خیلی مواظب خودم هستم چون خیلی درد کشیدم».

اکثریت بیان می‌داشتند که انکار واقعیت در دراز مدت کارایی خود را از دست می‌دهد؛ بنابراین استفاده از راهبردهای خودانعکاسی را در دستور کار خود قرار می‌دادند، بدین نحو که مشکل خود را در قیاس با دیگران وزن‌دهی می‌کردند، برای پذیرش شرایط جدید گذشته خود را مرور کرده و بهبود شرایط نسبت به قبل را مورد توجه قرار می‌دادند. مشارکت‌کننده‌ای (م ۸) بیان می‌کرد: «ناراحتی که ما داشتیم، غصه‌هایی که ما می‌خوردیم راحت شده بودیم، دکتر و این‌ور و اون‌ور، فشار خون بالا و اذیت می‌شدم و قبلاً حدود دوازده جلسه دیالیز شدم الان که خدارو شکر خیلی بهتر شدم خیلی راحت شدم».

یکی از راهبردهای جالب بیماران برای کنار آمدن با کلیه پیوندی و مصرف دارو استفاده از تخیل و تشبیهات زیبا و دلپسند بود. به نظر می‌رسد به گونه‌ای دیگر فکر کردن و پوشاندن لباس زیبا به آنچه ناخوشایند می‌آید تحمل آن را آسان‌تر می‌نماید. داروها را به شکلات تشبیه کرده، کلیه پیوندی را به جنین یا فرزندی تعبیر می‌کردند که باید از وی مراقبت نمایند. یکی از مشارکت‌کنندگان (م ۴) اظهار می‌داشت: «آخه از این مهمون باید با این داروها پذیرایی کنیم، آگه نکنیم مهمون باهامون قهر می‌کنه». چون به آینده اعتمادی ندارند و فرصت را محدود و نامشخص می‌دانند سعی می‌کنند از فرصت موجود به صورت بهینه استفاده نمایند. برای رهایی از افکار مزاحم، روش‌هایی را انتخاب می‌کردند که ذهنشان را منحرف کند، مطالعه کتاب، ورزش، گوش کردن به موسیقی، تماشای تلویزیون، حضور در جمع دوستان دارای مشکلات مشابه از جمله آن موارد بود. حاصل کاربرد این راهبردها پذیرش واقعیت با وجود همه محدودیت‌ها و حرکت هدفمند به سوی کنار آمدن با پیوند دریافتی و به دست آوردن آرامش در زندگی جدید بود. پس درصدد بر می‌آمدند حال که با دریافت پیوند تولدی دوباره را آغاز کرده‌اند، از زندگی خود لذت بیشتری ببرند. به همین جهت هدف‌های جدیدی برای خود تعریف کرده و تلاش می‌کردند مدیریت زمان را در دست گرفته و از فرصت محدود به نحو مطلوب استفاده نمایند.

یادگیری زندگی چالشی

دریافت‌کنندگان پیوند اظهار می‌داشتند که بعد از لمس واقعیت پیوند و سرسپردن به چالش تبعیت اگرچه همیشه با ترس از پس زدن پیوند زندگی می‌کنند، ولی به مدد پیوند دریافتی و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای چون در شرایط خویش بهبود قابل ملاحظه‌ای احساس می‌کنند امید در زندگی آن‌ها

جان تازه‌ای می‌گیرد؛ بنابراین اگرچه تا آن زمان با توجه به شرایط و محدودیت‌ها، اهداف زندگی به تعویق افتاده بود، نمود عینی تحول و کنار آمدن با پیوند در آنان ظاهر می‌شود و همان‌گونه که احساس می‌کردند پیوند تولدی دوباره را برایشان رقم زده است و سعی می‌کنند در افکار، باورها و ارزش‌ها نیز تحولی بنیادین ایجاد نمایند. به عبارت دیگر با استفاده از تجارب کسب شده راه و رسم کنار آمدن با زندگی چالشی را فرا می‌گیرند. طبقه یادگیری زندگی چالشی سه زیرطبقه «رشد ادراکی و تعهد به پویایی، مدیریت موافق و تسهیلات و احساس تولد دوباره» را شامل گردید.

رشد ادراکی و تعهد به پویایی

از تحلیل داده‌ها چنین برمی‌آید که بعد از تثبیت نسبی شرایط و کاهش خطر پس زدن پیوند، رسیدن به تعادل و کنار آمدن با پیوند دریافتی آسان‌تر می‌شود. بیماری که از درد و رنج دیالیز رهایی یافته با یادآوری دوران تلخ قبل از پیوند و مقایسه با شرایط فعلی و با علم به این‌که همواره خطر پس زدن پیوند وجود دارد به این رشد ادراکی نایل می‌آید که باید در تفکر و اندیشه خود راجع به زندگی تغییر اساسی ایجاد کند. یکی از مشارکت‌کنندگان (م ۲) در بیان این احساس خود می‌گفت: «من دلم می‌خواد شیک‌ترین لباسمو پیوشم، ورزش کنم، بهترین بدنو داشته باشم، به سر و وضعم برسیم، پدر و مادرم ذوق کنن پسر ماست». اکثریت آن‌ها ابراز می‌داشتند که با یادگیری نحوه برخورد با مسایل گوناگون پیوند دریافته‌اند که اکنون ارزش همه چیز را بهتر درک می‌کنند. حاصل این رشد ادراکی این بود که برای استفاده بهینه از زمان درصدد برنامه‌ریزی برمی‌آیند، سلامتی را سرمایه باارزشی دانسته که باید با به کار بستن خودمراقبتی از آن مراقبت نمایند. مشارکت‌کننده‌ای (م ۱) چنین بیان می‌کرد: «ما الان قدر سلامتی رو بهتر می‌دونیم، بیشتر می‌فهمیم که سلامتی یعنی چه. حالا می‌بینم تا وقت دارم بهتر می‌تونم از وقتی که دارم استفاده کنم. شاید خیلی‌ها که سالم هستن فکر می‌کنن حالا حالاها زنده هستن، ولی من به این نتیجه رسیدم با این داروها که مصرف می‌کنم هر کاری نمی‌تونم انجام بدم... پس تو این وقت کمی که دارم بتونم استفاده کنم. شاید همین فکر باعث شد برم دانشگاه درس بخونم». دامنه این تفکر به حدی بود که مراتب تعالی روح را نیز در برمی‌گرفت؛ به طوری که به باور آن‌ها برای کسب توان و انرژی لازم برای ادامه زندگی باید روح را بالایش کرد و از نیروهای ماوراءالطبیعه یاری جست. مشارکت‌کننده‌ای (م ۲) می‌گفت: «من دلم می‌خواد پاک باشم، پاک بمونم، همین روحیه رو می‌خوام پرورش بدم، روحم بزرگ‌تر بشه». همچنین یافته‌ها دال بر این بود که وقتی شرایط به گونه‌ای پیش می‌رود که فرد احساس می‌کند با وجود ناتوانی‌هایی که دارد شخص قبلی نیست و از لحاظ جسمی و روحی بهبود قابل ملاحظه‌ای یافته است ایستایی را چاره کار خود نمی‌داند؛ بنابراین به پویایی روی آورده و نسبت به آن احساس تعهد می‌کند. از سویی رشد ادراکی و درک ارزش‌ها، تفکر لزوم پویایی و تغییر شیوه زندگی را در ذهن دریافت‌کنندگان پیوند کلیه نهاده‌ای می‌نماید که گام نهایی برای رسیدن به مقوله آرامش نسبی است. پس نگاه وی به حال و آینده تغییر می‌یابد و به ساخت دنیای ذهنی خاصی

مبادرت می‌ورزد که بسیار متفاوت از دیگران است.

مدیریت موانع و تسهیلات

تحلیل مصاحبه‌ها حاکی از این بود که اگرچه راهبردهای مقابله‌ای به عنوان مهم‌ترین تسهیل کننده کنار آمدن با پیوند دریافتی عمل می‌نمایند، اما در کنار آن‌ها موارد دیگری چون حمایت‌های خانواده و شبکه دوستی همگون به این روند کمک زیادی می‌کند. البته در این میان موانعی نیز بر سر راه قرار می‌گیرند که سد راه سازگاری می‌شوند که از جمله موارد استخراج شده می‌توان به پارادوکس حمایتی، عوامل اقتصادی چون گرانی داروها، نداشتن شغل و ناکافی بودن منابع حمایتی داخلی و خارجی و ازدواج‌گریزی اشاره کرد. مشارکت‌کننده‌ای (م ۲) عدم رضایت خود از حمایت بیش از حد را این گونه بیان می‌کرد: «یکی از چیزایی که برای من بود این بود که من دیگه دلم نمی‌خواست بخوام. می‌گفتم اگه بخوام، خودم براش تلاش نمی‌کنم، همه می‌خوان یک جوری برام فراهم بشه، برام اصلاً رضایت‌بخش نبود». دیگر مشارکت‌کننده‌ای (م ۱) خیلی از مسایل را مانع ازدواج افراد پیوندی می‌دانست و می‌گفت: «الان خانواده‌ام اصلاً به روم نمی‌بارن که تو فلان طوری، این مشکلو داری... بعد می‌ترسم تو یک زندگی بی‌فتم که قرار باشه هی صبح تا شب بگن تو مرضی، دیگه ممکنه اعتماد به نفسمو از دست بدم. به همین خاطر قید ازدواج رو کلاً زدم». در مورد مسایلی که برشمرده شد، آنچه در نهایت اهمیت داشت تعادلی بود که دریافت‌کننده پیوند باید بین این موانع و تسهیلات ایجاد نماید یا به عبارتی آن‌ها را مدیریت کند.

احساس تولدی دوباره

دریافت پیوند با وجود این که دل‌مشغولی‌های جدیدی مانند ترس از پس زدن پیوند، عوارض دارویی و آینده مبهم را ایجاد می‌کند، اما بعد از مدتی آن‌قدر تغییرات ناشی از آن مانند ترمیم تصویر تن، کاهش مشکلات جسمی و روانی، بهبود خواب، عدم وابستگی به دیالیز و بهبود روحیه، قابل ملاحظه، عمیق و چشمگیر هستند که اکثریت مشارکت‌کنندگان زندگی جدید را تولدی دوباره می‌دانند. یکی از مشارکت‌کنندگان برگشت‌زیایی و طراوت خود را بعد از دریافت پیوند به «بازگشت جوانی زلیخا» تشبیه می‌کرد. دیگر مشارکت‌کننده‌ای (م ۶) بیان می‌نمود: «وقتی حساب می‌کنی، یک کلیه بهت پیوند زده شده که بهت زندگی دوباره داده مثل اینه که از مادر متولد شدی، خوب برات عزیزه». یا این که دیگری (م ۴) می‌گفت: «اصلاً جون شدم... احساس جوونی می‌کنم، احساس سرحالی می‌کنم» و این اوج فرایند است که به نظر می‌رسد بیمار به آرامش نسبی دست یافته و تا حدی با کلیه پیوندی کنار آمده است. به طور خلاصه می‌توان گفت که بعد از دریافت پیوند، بیمار از مراحل متعددی برای تطابق با پیوند دریافتی عبور می‌کند. در طی اولین مرحله چالش‌ها و محدودیت‌ها رخ می‌نمایند که برای فایق آمدن بر آن‌ها سعی می‌کند از تجارب دیگران بیاموزد و راهبردهای تطابق‌گوناگون را مورد استفاده قرار دهد. با آزمون و خطا کم‌کم راه و رسم زندگی چالشی را می‌آموزد، به چنان پختگی و رشد ادراکی نایل می‌آید که ارزش‌های وی دگرگون شده و نگاهش به زندگی تغییر می‌یابد. به همین دلیل سعی می‌کند

از لاک انفعال خارج شده و پویایی در زندگی را سرلوحه کارهای خود قرار دهد. برای موفقیت در این امر همه تلاش خود را به کار می‌بندد تا موانع و تسهیلات تطابق را مدیریت نماید. حاصل همه این تلاش‌های مداوم، به وجود آمدن احساس تولد دوباره در وی خواهد بود. در تمام این مراحل، تلاش مداوم و هدفمند برای رسیدن به آرامش در زندگی جدید قابل ادراک است.

بحث

یافته‌ها نشان داد که تطابق با پیوند کلیه دریافتی، فرایند تدریجی و آرام بوده و در هر مرحله‌ای از زندگی پس از پیوند، دارای ویژگی خاص خود می‌باشد. در روزها و هفته‌های اول، درک واقعیت پیوند یکی از اجزای مهم تجارب مشارکت‌کنندگان بود. از تحلیل داده‌ها چنین برمی‌آید که مهم‌ترین نگرانی بعد از دریافت پیوند، عدم موفقیت و پس زدن آن است. در تحقیقات دیگر نیز ترس پس زدن پیوند به عنوان عامل استرس‌زای رایج گزارش شده است.^{۹،۲۸}

از آن‌جایی که دریافت‌کنندگان می‌آموزند که به منظور جلوگیری و یا آسیب به کلیه پیوندی مصرف مادام‌العمر داروهای تجویز شده و رژیم غذایی مناسب الزامی است؛ بنابراین چالش جدید آنان مصرف مقدار زیادی دارو در ساعات مختلف شبانه‌روز است. این داروها سیستم دفاعی بدن را برای جلوگیری از پس زدن پیوند سرکوب می‌کنند.^{۲۹} ماه‌های بعد از پیوند نیز بیماران نیازمند این هستند که مسؤولیت بیشتری را در چالش با مصرف داروهای سرکوب‌کننده عهده‌دار شوند. آن‌ها باید حداقل هر ۶ هفته یک بار در کلینیک حضور پیدا کنند، به طور مرتب کارهای آزمایشگاهی و پیگیری‌های بالینی را برای کنترل خود انجام دهند و از هر گونه تغییر فیزیکی که ممکن است دال بر رد پیوند یا عفونت عمومی باشد آگاهی داشته باشند.^{۳۰} و در صورتی که با رفتارهای خودمراقبتی صحیح و موثق سازگار نشوند، در معرض خطرات رد پیوند، عملکرد بد گرافت، عفونت و ... قرار خواهند گرفت. این‌ها همه به عنوان دلایل عمده مشکلات روان‌شناختی بعد از دریافت پیوند کلیه مطرح می‌باشند.^۳

دریافت‌کنندگان پیوند با توجه به نگرانی‌هایی که برشمرده شد برای این که بتوانند از کلیه پیوندی به نحو مناسب مراقبت کنند به رفع نقایص اطلاعاتی خود به طرق مختلف از جمله سؤال کردن از کارکنان بهداشتی و درمانی و بیمارانی که تجربه دریافت پیوند را دارند روی می‌آورند. Liu و همکاران نیز معتقد است بیماران در مراحل اولیه بعد از پیوند با چالش‌های جدید دیگری چون فراگیری مهارت‌های جدید خودمراقبتی و پیگیری شدید مواجه هستند و به حمایت اطلاعاتی و ابزاری نیازمندند.^۲ عدم اطمینان درباره نتیجه نهایی درمان، یافته دیگر این مطالعه بود که در پژوهش‌های مشابه نیز چون فارسی و همکاران مورد تأکید قرار گرفته است. آنان می‌نویسند: عدم اطمینان و شک درباره نتیجه نهایی درمان حتی ماه‌ها بعد از پیوند مغز استخوان در بیماران وجود دارد.^{۱۸} بعد از پیوند، اضطراب و عدم اطمینان درباره آینده به عنوان منابعی از استرس برای بیمار و خانواده وی مطرح هستند.^{۳۱} مشارکت‌کنندگان ابراز می‌داشتند که محدودیت تعاملات اجتماعی، ترس شدید از عوارض دارویی و امکان پس زدن پیوند فشار

آن کنار آیند. اگرچه به اذعان مشارکت کنندگان امکان تطابق حداکثری به معنای آرمانی واژه وجود ندارد «تلاش مداوم و هدفمند برای رسیدن به آرامش در زندگی جدید» در سراسر فرایند تطابق قابل درک بود.

به عنوان نتیجه کلی می توان گفت که درک واقعیت پیوند و چالش های آن، اثرات گذرا و ماندگاری بر زندگی بیمار خواهد داشت که در هر مرحله این زندگی، پاسخ های مشارکت کنندگان به این چالش ها متفاوت خواهد بود و با پیشرفت مراحل فرایند، منابع درونی و بیرونی بیشتری را برای تطابق با آن بسیج می نمایند. در این روند پرستاران به عنوان یکی از اعضای مهم تیم مراقبت با آشنایی با مراحل مختلف فرایند تطابق می توانند با تدارک برنامه های آموزشی مناسب و مراقبت های حمایتی، بیمار را در یادگیری تطابق با کلیه پیوندی و چالش های آن یاری رسانند؛ بنابراین پیشنهاد می شود برای دریافت کنندگان پیوند برنامه های آموزشی مناسب تدارک دیده شود تا حد امکان یادگیری زندگی چالشی بعد از پیوند تسهیل شود. آشنا کردن بیماران با منابع حمایت درونی و خارجی نیز در کوتاه کردن زمان رسیدن به تطابق یاریگر خواهد بود. اقدام در برگزاری نشست هایی که امکان تعامل بیشتر بیماران و تشکیل شبکه های دوستی را فراهم نماید راه دیگری برای رسیدن به تعادل و تطابق بهتر است. این پژوهش از محدودیت حاکم بر پژوهش های کیفی که بحث عدم تعمیم پذیری می باشد مستثنی نیست، البته از محدودیت های این پژوهش عدم امکان انتخاب مشارکت کنندگان از تمام شهرستان های استان بود که البته در حد توان سعی شد که حداکثر تنوع از نظر جنس، سن و مدت دریافت پیوند در نظر گرفته شود. پیشنهاد می شود موضوع در سایر بخش های پیوند و با لحاظ کردن تنوع بیشتری از نظر محل زندگی مشارکت کنندگان مورد بررسی دقیق تر 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 صلصالی: همکاری در طراحی، تجزیه و تحلیل داده ها و نگارش مقاله

عباس عباس زاده: همکاری در طراحی، تجزیه و تحلیل داده ها و نگارش مقاله

سپاسگزاری

پژوهشگران بر خود لازم می دانند از همکاری صمیمانه مشارکت کنندگان، کادر مدیریتی مرکز خیریه ثامن الحجج (ع) و بیمارستان افضل پور کرمان به ویژه همکاران بخش پیوند کلیه تشکر و قدرانی نمایند. لازم به ذکر است که مقاله حاضر بخشی از پایان نامه دکتری دانشکده پرستاری و مامایی رازی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمان استخراج شده که به شماره ۱۰۰ مورخ ۹۰/۳/۱۲ ثبت شده است.

روحي- روانی زیادی را بر آنان تحمیل می کند که ناچار آن ها را به سمت و سوی استفاده از راهبردهای مقابله ای مناسب سوق می دهد تا بلکه به یاری آن ها شرایط را به گونه ای تلطیف و تعدیل نمایند که استرس کاهش یافته و آرامش نسبی برایشان حاصل گردد. به طور معمول در بیماری های مزمن راهبردهای تطابق مؤثر می توانند در کاهش احساس بی پناهی و افسردگی اثرگذار بوده و سازگاری عاطفی را ارتقا دهند.^{۳۲} در مطالعات متعدد کمی و کیفی از جمله Lindqvist و همکاران،^۹ فارسی و همکاران^{۱۸} و طالقانی و همکاران^{۳۳} نیز استفاده از راهبردهای تطابقی گوناگون در دریافت کنندگان پیوند و سایر بیماران مزمن مورد تأکید قرار گرفته است.

یادگیری زندگی چالشی به عنوان یکی از طبقات استخراج شده این پژوهش بود که به صورت مشابهی در سایر تحقیقات کیفی از جمله «زندگی کردن با آن» در بیماران سرطان پستان که تحت شیمی درمانی قرار داشته اند^{۳۴} و «یادگیری زندگی با آن» در سالمندان نجات یافته از نوپلاسما بدخیم نیز ذکر گردیده است.^{۳۵} به نظر می رسد یافته ها دلالت بر این داشت که آن چه به یادگیری زندگی چالشی کمک می کند، رشد ادراکی دریافت کنندگان پیوند و تجارب مثبت حاصل از آن چون درک ارزش سلامتی است. Cordova و Andrykowski^{۳۶} نیز ذکر کرده اند که رشد ادراکی بعد از سرطان مبین این است که استرس بعد از سرطان می تواند موجب تجارب مثبتی چون معنای وسیع تر زندگی و حس درک قدر و بهای آن گردد. رشد ادراکی و رسیدن به این که سلامتی مقوله ارزشمندی است که باید قدر آن را دانست موجب جان گرفتن تفکر لزوم پویایی در وجود مشارکت کنندگان می شود. John Locke (به نقل از Swindell) انسان شناس که برخی از تجارب دریافت کنندگان پیوند را بازگو کرده است نیز ذکر می کند: بسیاری از دریافت کنندگان پیوند معتقد هستند که سبک بودن آن ها در دنیا به طور بنیادین و اساسی تغییر کرده است.^{۳۷} نجات یافتگان سرطان نیز که به تعادل جدیدی در زندگی شان دست یافته اند ممکن است به تصویر ذهنی جدیدی از خود نایل شوند، در فعالیت های معنی دار مشارکت نمایند و نسبت به آینده احساس یقین بیشتری را تجربه نمایند. افراد در مراحل اولیه یافتن شانس زندگی دوباره، ممکن است به مرحله جدید از تعادل و رشد دست پیدا نکنند.^{۳۴}

احساس تولد دوباره به گونه های مختلف از بیانات مشارکت کنندگان استفهام می گردید. ترمیم تصویر تن و کاهش مشکلات جسمی و روحی بعد از دریافت پیوند به قدری ملموس است که موجب چنین احساسی می شود. در پژوهش کیفی انجام شده روی بیماران مبتلا به سرطان خون دریافت کننده پیوند مغز استخوان، مشارکت کنندگان تجربه دریافت پیوند را مشابه با تولد دوباره می دانند.^{۱۸}

نتیجه گیری

این گونه به نظر می رسد که دریافت کنندگان پیوند با پشت سر گذاشتن چالش ها و استفاده از راهبردهای مقابله ای حداکثر توان و تلاش خود را به کار می برند تا بتوانند در تجربه زندگی جدید تا حد امکان با مسایل گوناگون

References

- 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, and 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.
- Hoffart N. Nephrology nursing 1915-1970: a historical study of the integration of technology and care. *Nephrol Nurs J* 2009; 36(2): 181-91.
- Keidar R, Katz P, Nakache R. Resuming life after transplantation: development of a support group for patients and their families. *Transplant Proc* 2001; 33(1-2): 1911-2.
- White C, Gallagher P. Effect of patient coping preferences on quality of life following renal transplantation. *J Adv Nurs* 2010; 66(11): 2550-9.
- Lindqvist R, Carlsson M, Sjoden PO. Coping strategies of people with kidney transplants. *J Adv Nurs* 2004; 45(1): 47-52.
- Niu SF, Li IC. Quality of life of patients having renal replacement therapy. *J Adv Nurs* 2005; 51(1): 15-21.
- McCormick KM. A concept analysis of uncertainty in illness. *J Nurs Scholarsh* 2002; 34(2): 127-31.
- Persson LO, Rydén 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.
- Thomas RK. *Society and Health: Sociology for Health Professionals*. New York, NY: Springer; 2003.
- Wallace BC. A practical coping skills approach for racial-cultural training. In: Carter RT, editor. *Handbook of Racial-cultural Psychology and Counseling: Training and practice*. New Jersey, NJ: John Wiley & Sons; 2005.
- Wallace BC, Carter RT, Nanin JE, Keller R, Alleyne V. Identity development for "diverse and different others. In: Wallace BC, Carter RT, Editors. *Understanding and Dealing with Violence: A Multicultural Approach*. London, UK: SAGE; 2003.
- Weinert CL. Evolution of a Conceptual Model for Adaptation to Chronic Illness. *J Nurs Scholarsh* 2008; 40(4): 364-72.
- Asgari MR. Designing an adjustment model in hemodialysis patients [Thesis]. Tehran, Iran: Tarbiat Modares University 2011.
- 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.
- 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. New York, NY: Teachers College Press; 2010.
- Roy MN. *The Process of Coping in Parents of Children Diagnosed with Cancer*. Vermillion, SD: University of South Dakota; 2010.
- Hamilton ES. A grounded theory of coping among women with chronic pelvic pain [Thesis]. California, CA, Saybrook Graduate School and Research Center 2010.
- Mosher CE, Redd WH, Rini CM, Burkhalter JE, DuHamel KN. Physical, psychological, and social sequelae following hematopoietic stem cell transplantation: a review of the literature. *Psychooncology* 2009; 18(2): 113-27.
- Kaba E, Bellou P, Iordanou P, Andrea S, Kyritsi E, Gerogianni G, et al. Problems experienced by haemodialysis patients in Greece. *Br J Nurs* 2007; 16(14): 868-72.
- Boswell C, Cannon S. *Introduction to Nursing Research: Incorporating Evidence Based Practice*. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning; 2011.
- Speziale HS, Streubert HJ, Carpenter DR. *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
- Strauss A, Corbin JM. *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. 3rd ed. New York, NY: SAGE Publications; 2007.
- Adib Hajbagheri M, Parvizi S, Salsali M. *Qualitative Research Methods*. Tehran, Iran: Boshra Publication; 2010. [In Persian].
- Baines LS, Joseph JT, Jindal RM. Compliance and late acute rejection after kidney transplantation: a psycho-medical perspective. *Clin Transplant* 2002; 16(1): 69-73.
- Wood KJ. *The Handbook of Transplant Immunology*. Oxford, UK: Oxford Med Sci; 1995.
- Christensen AJ, Raichle K. End-stage renal disease. In: Christensen A, Antoni M, Editors. *Chronic Physical Disorders: Behavioral Medicine's Perspective*. 1st ed. New Jersey, NJ: Wiley-Blackwell; 2002.
- Monahan FD, Sands JK, Neighbors M, Marek JF, Green-Nigro CJ. *Phipps' Medical-Surgical Nursing*. 8th ed. Philadelphia, PA: Mosby; 2007.
- Gill P, Lowes L. The kidney transplant failure experience: a longitudinal case study. *Prog Transplant* 2009; 19(2): 114-21.
- Taleghani F, Yekta ZP, Nasrabadi AN. Coping with breast cancer in newly diagnosed Iranian women. *J Adv Nurs* 2006; 54(3): 265-72.
- Richer MC, Ezer H. Living in it, living with it, and moving on: dimensions of meaning during chemotherapy. *Oncol Nurs Forum* 2002; 29(1): 113-9.
- Towsley GL, Beck SL, Watkins JF. Learning to live with it": Coping with the transition to cancer survivorship in older adults. *Journal of Aging Studies* 2007; 21(2): 93-106.
- Cordova MJ, Andrykowski MA. Responses to cancer diagnosis and treatment: posttraumatic stress and posttraumatic growth. *Semin Clin Neuropsychiatry* 2003; 8(4): 286-96.
- Swindell JS. Facial allograft transplantation, personal identity and subjectivity. *J Med Ethics* 2007; 33(8): 449-53.

Coping process in renal transplant recipients: A grounded theory study

Masoud Rayyani¹, Mahvash Salsali², Abbas Abbaszadeh³

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

Original Article

Medical - Surgical Nursing Journal, 2013; 2(1,2): 1-10

ABSTRACT

Background and Objective: Kidney transplantation is considered as selective and the most effective alternative way in treatment of patients with end-stage renal disease. Transplantation may improve patients' life quality, but it can also lead patients to face new challenges and concerns. Since there is little information about coping process of patients with renal transplantation, understanding how they cope with transplanted kidney may help health care providers to plan and implement appropriate and holistic care programs. The aim of this study was to explain the coping process in renal transplant recipients.

Materials and Methods: A qualitative method with grounded theory approach was used to explain renal transplantation coping process. First, participants were selected based on purposive sampling and among renal transplant recipients. This process continued gradually by theoretical sampling. 11 renal transplant recipients in Afzalipour hospital, Kerman, Iran, and 3 family members were interviewed (n = 14) during 2011-2012. Data analyzing was done followed guidelines proposed by Strauss and Corbin (1998).

Results: Three categories emerged from data analysis including "perceive reality of transplantation", "contrastive strategies" and "learning challenging life". Results demonstrated transplanted kidney coping was a slow and steady process with special characteristics in each step. The main theme emerged from the text was continuous and purposive struggling to reach calmness in new life.

Conclusion: Understanding the reality of transplantation and its challenges had either temporarily or permanently effects on patient's life. In this process, nurses as important members of health care team can provide appropriate educational programs and supportive care in order to assist patients to learn how to cope with transplanted kidney and its challenges.

Keywords: *Coping process, coping, renal transplantation, grounded theory*

Correspondence:

Masoud Rayyani
Kerman University of
Medical Sciences

Email:

m_rayani@kmu.ac.ir

Received: 7/5/2013

Accepted: 16/7/2013

Please cite this article as: Rayyani M, Salsali M, Abbaszadeh A. Coping process in renal transplant recipients: A grounded theory study. *Medical - Surgical Nursing Journal* 2013; 2(1,2): 1-10.



Medical & Surgical Nursing Journal

Vol. 2, No. 1-2, April 2013



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

ISSN: 2322-178X

Ministry of Health and Medical Education

License No: 19191/90, 90.7.24

Chairman: Ali Navidian, PhD (Assistant Professor of Family Counseling)

Editor-in-Chief: Houshang Sanadgol, MD (Associate Professor of Internal Medicine)

Executive Manager: Fatiheh Kermansaravi, MSc (Assistant Professor of Nursing)

Executive Manager: Fatiheh Kermansaravi, MSc (Assistant Professor of Nursing)

Copy edit, Layout edit and Design:

Farzanegan Radandish Co.

Editorials Office: Mahdiye Rezaei, Nazi Mobayenfar

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.

Falahi 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), Assistant 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

Ahmadi F. (PhD), Abbaszadeh A. (PhD), Falahi Khoshknab M. (PhD), Masuodi R. (PhD), Najafi F, Navidian A. (PhD), Rezheh N. (PhD), Roodbari M. (PhD), Sabzevari S. (PhD), Sanagoo A. (PhD), Yaghoobinia F. (PhD), Zeighami R. (PhD).

Background and Fields: Nursing

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

Lithography and Publication: Karino Press, Zahedan, Daneshgah St, Daneshgah 29.

Circulation: 500

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



Iranian Nursing Association

Medical– Surgical Nursing Journal

No 2 , Volume 1-2 , April 2013 , ISSN : 2322-178X



ORIGINAL ARTICLES

- **Coping process in renal transplant recipients: A grounded theory study.....10**
Rayyani M, Salsali M, Abbaszadeh A
- **The effect of reflexology on sleep quality of elderly: A single–blind clinical trial.....18**
Seyedrasooli A, Valizadeh L, Nasiri KH, Zamanzadeh V, Goljariyan S, Ghasemi O
- **Nurses' self-assessment of skills in the cardiovascular physical examination.....25**
Adib-Hajbaghery M, Safa A, Fazel Darbandi A
- **The impact of aromatherapy on hemodynamic condition of patients experiencing coronary angiography.....32**
Tahmasebi H, Abbasi E, Zafari M, Darvishi-Khezri H
- **The effect of quality of life training on self-efficacy in patients under hemodialysis treatment 38**
Soltani-Nejad S, Abbasi-Dolatabadi Z, Mahmoudi M
- **Comparing two methods of crawl and routine breastfeeding on behavior of breastfeeding during two hours after delivery.....44**
Navabi SH, Ebrahimi Tabas E, Khazayan S
- **The changes of life quality in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery; during one year.....50**
Jasemi M, Zamanzadeh V, Hasankhani H
- **Comparing the effect of dressing with silver sulfadiazine 1% or fundermol herbal ointments on pain management in patients with second-degree burn.....56**
Heidari M, Shahbazi S
- **Relationship between restless legs syndrome and sleep quality in hemodialysis patients.....62**
Habibzadeh H, Lazari N, Ghanei-Gheshlagh R
- **Student-educator relationship in clinical nursing education: Qualitative content analysis....71**
Yaghoobinia F, Heydari A, Latifnejad-Roudsari R