

راهبردهای مقابله‌ای در بیماران دریافت کننده پیوند کلیه: یک مطالعه کیفی

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

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: پیوند کلیه به عنوان اولین روش انتخابی و مؤثرترین راه درمان جایگزین، برای بیماران مرحله نهایی بیماری کلیه به حساب می‌آید. دریافت پیوند اگرچه می‌تواند بهبود کیفیت زندگی را به دنبال داشته باشد، اما مددجویان را با چالش‌ها و نگرانی‌های جدیدی مواجه خواهد کرد. آن‌ها برای کنار آمدن با شرایط جدید، ناگزیر از کاربرد راهبردهای مقابله‌ای خواهند بود. هدف این مطالعه، به دست آوردن درک عمیق از راهبردهای مقابله‌ای بود که دریافت کنندگان پیوند کلیه برای کنار آمدن با این چالش‌ها مورد استفاده قرار داده بودند.

روش: ۱۱ مصاحبه عمیق نیمه ساختار یافته با توجه به هدف پژوهش انجام گرفت. دامنه سنی مشارکت کنندگان ۱۸-۵۷ سال و میانگین سنی آنان ۳۷ سال بود. روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف و تا اشباع داده‌ها و تا زمانی که دیگر کدها و طبقات جدیدی به دست نیامد، ادامه یافت. تجزیه و تحلیل داده‌ها با بهره‌گیری از روش تحلیل محتوای Graneheim و Lundman انجام گرفت.

یافته‌ها: از تجزیه و تحلیل داده‌ها ده زیرطبقه حاصل گردید که در نهایت در چهار درون‌مایه جای گرفتند که عبارت از معنویت‌مداری، توسعه خودمدیریتی و توانمندسازی، ارتقای اعمال خودانعکاسی و پذیرش واقعیت بودند.

نتیجه‌گیری: نتایج مبین این بود که اگرچه برای استفاده از راهبردهای تطابق محدوده زمانی خاصی نمی‌توان قایل شد، اما به نظر می‌رسد در هر مرحله از فرایند کنار آمدن با پیوند کلیه راهبرد/ راهبردهای تطابق خاصی بیشتر مورد استفاده قرار می‌گیرد. به همین دلیل در صورتی که پرستار و اعضای خانواده بیمار با این فرایند آشنا باشند بهتر قادر خواهند بود دلیل رفتارهای دریافت کننده پیوند را درک نمایند؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود فرایند تطابق و راهبردهای مقابله‌ای مؤثر در قالب برنامه‌های آموزشی مناسب تدارک و آرایه گردد. بدیهی است نتیجه این امر، عهده‌دار شدن نقش فعال‌تر اعضای خانواده و تیم مراقبت در حمایت دریافت کنندگان پیوند خواهد بود.

کلید واژه‌ها: راهبردهای مقابله، پیوند کلیه، دریافت کننده پیوند کلیه، تحلیل محتوا

ارجاع: ریانی مسعود، صلصالی مهوش، عباس زاده عباس. راهبردهای مقابله‌ای در بیماران دریافت کننده پیوند کلیه: یک مطالعه کیفی. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۲؛ ۲ (۳): ۲۲۰-۲۰۸.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۰۶/۱۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۰۵/۰۵

کردن مدت زندگی این بیماران نگهداری با دیالیز و پیوند کلیه پیشنهاد می‌شود (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 می‌باشد (۴). بدیهی است هر نوع کیفیت درمان،

مقدمه

مرحله نهایی بیماری کلیوی (End stage renal disease)، یک بیماری پیش‌رونده و ناتوان کننده‌ای است که عاقبت خوشی ندارد، مگر این‌که درمان جایگزین کلیه و یا پیوند موفقیت‌آمیز آن انجام شود. به طور معمول برای طولانی

۱- مربی، دانشجوی دکتری، گروه پرستاری بهداشت جامعه، دانشکده پرستاری و مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

۲- استاد، گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۳- دانشیار، گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

Email: m_salsali@hotmail.com

نویسنده‌ی مسئول: دکتر مهوش صلصالی

بیماران دریافت کننده پیوند کلیه نیز از راهبردهای مقابله‌ای گوناگونی برای تطابق و کنار آمدن با بیماری استفاده می‌نمایند و دسته‌بندی آن‌ها نیز متفاوت است. برخی محققین راهبردهای مقابله‌ای را به دو طبقه مسأله‌مدار و هیجان‌مدار دسته‌بندی کرده‌اند (۱۱، ۱۰). تطابق مسأله‌مدار به دنبال اداره کردن و یا تغییر یک شرایط سرشار از استرس می‌باشد (۱۱) و یا این‌که مشکلی که ایجاد کننده استرس شده است را مشخص می‌نماید (۱۰)؛ در حالی که تطابق هیجان‌مدار، استرسی را تبیین می‌کند که شرایط فرد قادر به کنترل آن نمی‌باشد (۱۲) و هدف آن بهبود هیجانات منفی مرتبط با آن مسأله است (۱۰).

در پژوهشی دریافت کنندگان پیوند اظهار داشته‌اند که اغلب برای کنار آمدن از عبادت کردن، به مشکل به طور عینی نظر انداختن و سعی در اعمال برخی کنترل‌ها روی شرایط استفاده می‌نمایند (۱۳). در بررسی دیگر روی بیماران دریافت کننده پیوند کلیه در چین عوامل ایجاد کننده استرس اصلی شناسایی شده عبارت از ترس از رد پیوند، پیروی از رژیم دارویی، عوارض دارو درمانی، عدم اطمینان از آینده، ترس از عفونت و عوامل هزینه‌ای بوده است. علاوه بر این بیماران بیشتر از وجه تطابق درونی برای کنار آمدن با استرس استفاده می‌کردند. بعد درونی تطابق اشاره به بسیج منابع فردی، تعهد به فلسفه کاری نکردن و اجتناب و بعد برونی مرتبط با درخواست کمک از دیگران و از سایر قدرتهای ماوراء الطبیعه می‌باشد (۱۴).

مطالعه انجام شده در سوئد با استفاده از پرسش‌نامه معیار سازگاری Jalowiec که رفتارهای تطابق را به ۸ شیوه (خوش‌بینانه، حمایتی، مواجهه‌ای، خوداتکایی، تسکینی، فرار، اعتقاد به سرنوشت و احساسی) دسته‌بندی و توصیف می‌نماید نشان داد که در مقایسه با عامه مردم شیوه سازگاری خوش‌بینانه و حمایتی توسط بیماران پیوند کلیه بیشتر استفاده می‌شود و مؤثرترین استراتژی به کار گرفته شده در درجه اول شیوه تطابق خوش‌بینانه و بعد هم حمایتی بوده است. روش‌های تطابق احساسی و فرار، توسط بیماران کمتر مورد استفاده قرار گرفته و کمترین اثر را هم داشته‌اند. مطالعه

منافع و ضررهای خاص خودش را داشته و بر سلامت جسمی، روانی و اجتماعی بیماران اثرات متفاوتی بر جای می‌گذارد و به طبع آن محدودیت‌های گوناگونی را در شیوه زندگی آنان به وجود خواهد آورد (۵).

بیماران بعد از پیوند با چالش‌های متعددی مواجه می‌شوند و به طور قطع باید از یک رژیم درمانی پیچیده تبعیت نمایند. این رژیم شامل کنترل مداوم، معاینه‌های بالینی مرتب، تبعیت از رژیم دارویی، تغییر شیوه زندگی در قالب تغذیه، ورزش و کنترل وزن می‌باشد. علاوه بر این تحت درمان با داروهای سرکوب کننده ایمنی نیز قرار خواهند گرفت. این بیماران باید با یک جسم خارجی که اکنون بخشی از بدن آنان به حساب می‌آید نیز کنار آیند که همه این موارد می‌توانند به عنوان عوامل استرس‌زا مطرح باشند (۶). Lazarus و Folkman این عوامل را تحت عنوان نیازهای خارجی تعریف کرده‌اند که فرد آن‌ها را به صورت چالش درک کرده و باید فراگیرد که با استفاده از راهبردهای مقابله‌ای درونی یا بیرونی با آن‌ها سازگار شود (۷).

تحقیقات زیادی تلاش کرده‌اند فرایندهای روانی این موضوع را که به چه دلیل برخی افراد وقتی به بیماری شدید مبتلا می‌شوند نسبت به دیگران آن را بهتر از سر می‌گذرانند، تبیین و توصیف نمایند. این فرایندهای روانی اغلب در متون تحت عنوان تطابق نام‌گذاری شده‌اند. تطابق مربوط به توانایی سازگاری ما در سر و کار داشتن با رخداد‌های ایجاد کننده استرس می‌باشد (۸). تطابق به تلاش‌های شناختی و رفتاری برای چیره شدن، تحمل کردن و یا کاهش تعارضات و نیازهای بیرونی و درونی شخص اشاره دارد که ارزیابی، ارزیابی مجدد و ارتباط شخص - محیط را به طور مداوم درگیر می‌کند (۹، ۷).

بیماران مرحله نهایی بیماری کلیوی اغلب نشانه‌های مهم روانی بالینی، عوامل ایجاد کننده استرس و تهدید کننده مرتبط با سلامتی (به عنوان خطر و تهدید) و همچنین عدم توانایی کنار آمدن با شرایط را تجربه می‌نمایند. بیشتر این افکار آینده‌مدار بوده و بر روی پیامدهای منفی که روی آن‌ها کنترل محدودی وجود دارد متمرکز می‌باشد (۱).

تطابق به نمرات ساده تقلیل پیدا می‌کند جنبه‌های بسیار مهم بستر فرهنگی فرد، تسلسل و تناسب آن از دست می‌رود (۲۰). از سوی دیگر این اندازه‌گیری‌ها مبتنی بر تحقیقاتی است که روی جمعیت‌ها و عرصه‌هایی انجام می‌شوند که با جایی که بعداً به کار می‌روند کاملاً متفاوت است (۲۰). همچنین باید این نکته را مدنظر داشت که برای تدارک مراقبت مناسب به دریافت کنندگان پیوند، دانش کافی در مورد راهبردهای تطابق لازم است. Lindqvist و همکاران توصیه کرده‌اند که راهبردهای مقابله‌ای مورد استفاده بیماران بعد از دریافت پیوند باید بیشتر واضح‌سازی شوند و پرستاران استفاده از راهبردهایی که مفیدتر هستند را تشویق نمایند (۱۵). این در حالی است که بیشتر اطلاعات موجود در زمینه راهبردهای تطابق مورد استفاده دریافت کنندگان پیوند مبتنی بر پژوهش‌های کمی است، اما به دلیل این که ماهیت تطابق مبتنی بر تجارب درک شده افراد است، در مورد آن حقایق گوناگونی وجود دارد و از عرصه‌ای به عرصه دیگر می‌تواند متفاوت باشد و با روش‌های متداول تحقیق تجربی قابل درک نیست. به همین دلیل رویکرد کیفی که قادر است نگاهی عمیق‌تر به موضوع داشته باشد، زوایای پنهان آن را بهتر آشکار خواهد کرد. به باور Woodgate و Part این نکته مهم را باید در نظر داشت که تمام رویکردهای کیفی هدف مشترکی دارند و آن جستجو برای درک پدیده خاص از دیدگاه کسانی است که آن پدیده را تجربه کرده‌اند (۲۱). Speziale و همکاران می‌نویسند: «تحقیق کیفی فرصتی را فراهم می‌کند که بتوان روی پاسخ‌های سؤالات مبتنی بر تجارب اجتماعی افراد متمرکز شد و در مورد چگونگی به وجود آمدن آن‌ها و این که چگونه به زندگی انسان معنی داده‌اند به نکاتی دست یافت» (۲۲).

با عنایت به موارد پیش‌گفت و با توجه به تفاوت‌های فرهنگی عمیق ایران با سایر کشورها، در بررسی متون موجود مقاله‌ای که به راهبردهای مقابله‌ای مورد استفاده این بیماران پرداخته باشد یافت نشد، بنابراین کمبود مطالعات از این نوع پژوهشگران را بر این داشت تا با انجام تحقیق کیفی حاضر - که با سؤال پژوهش همخوانی دارد- راهبردهای مقابله‌ای را

مذکور این نکته را مورد تأکید قرار می‌دهد که باید بیمارانی را که از روش‌های تطابق فرار، احساسی، تسکینی و تقدیرگرایی استفاده می‌نمایند مورد شناسایی قرار داد؛ چرا که در معرض این خطر قرار دارند که نتوانند به خوبی بیماری خود را اداره نمایند (۱۵).

در پژوهش انجام شده در ایرلند، بیماران دریافت کننده پیوند کلیه بیشتر از راهبرد مقابله‌ای حل مسأله استفاده می‌کردند تا راهبرد اجتناب. علاوه بر این راهبرد اجتناب با کیفیت زندگی پایین در این بیماران ارتباط داشته است (۶). Mok و Tam گزارش کرده‌اند به دلیل این که بیماران در این شرایط کار زیادی نمی‌توانند انجام دهند، متداول‌ترین روش مورد استفاده در کنار آمدن با بیماری، پذیرش شرایط می‌باشد آنان اغلب به خود می‌گویند: نگران نباش همه چیز خوب پیش می‌رود، مسأله زیاد مهمی نیست (۱۶).

در مطالعه پروان و همکاران روی بیماران دیالیز صفاقی، اکثر واحدهای مورد مطالعه بیشتر اوقات از روش سازگاری عاطفه محور در مواجهه با عوامل تنش‌زا استفاده می‌کردند (۱۷). در تحقیقی کیفی طالقانی و همکاران راهبردهای تطابق در زنان ایرانی مبتلا به سرطان مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که راهبردهای اصلی به کار گرفته شده توسط مشارکت کنندگان، پذیرش بیماری به دلیل خواست خداوند، عوامل فرهنگی - اجتماعی و کسب حمایت از افراد مهم بوده است (۱۸).

مرور متون بیانگر تنوع راهبردهای مقابله‌ای به کار گرفته شده توسط بیماران مزمن و دریافت کنندگان پیوند در فرهنگ‌های مختلف برای کنار آمدن با چالش‌های بعد از پیوند کلیه می‌باشد و Mosher نیز این مطلب را تأیید می‌کند که راهبردهای تطابق بر اساس عوامل زمینه‌ای متفاوت هستند (۱۹). با عنایت به این که در مورد دسته‌بندی استراتژی‌های تطابق هنوز توافقی وجود ندارد، روش کاملاً قابل قبولی برای بررسی موجود نیست و در مورد این که کدام استراتژی‌های تطابق و تحت چه شرایطی مؤثرتر هستند اجتماعی وجود ندارد. حتی در مورد استفاده از ملاک‌های خودگزارشی استاندارد تطابق، این نقد وجود دارد که وقتی

در دریافت کنندگان پیوند کلیه به طور عمیق مورد مطالعه قرار دهند.

روش

این مطالعه که بخشی از یک مطالعه جامع در مقطع دکتری است، بر اساس الگوی طبیعت‌گرایی و با بهره‌گیری از رویکرد کیفی به بررسی راهبردهای مقابله‌ای در بیماران دریافت کنندگان پیوند کلیه از بخش پیوند بیمارستان افضل‌پور کرمان پرداخت. این مرکز تنها واحد پیوند کلیه در جنوب شرق ایران به شمار می‌رود. دریافت کنندگان پیوند تحت پوشش مرکز خیریه ثامن الحجج (ع) هستند و این مرکز به دلیل داشتن اطلاعات جامع بیماران عرصه خوبی برای آغاز پژوهش بود. نویسنده اول با کسب مجوزهای لازم و ارایه آن، اطلاعات مورد نیاز را اخذ نمود. با واجدین شرایط تلفنی تماس گرفته شد و ضمن تبیین اهداف پژوهش در صورت تقبل مشارکت، وقت ملاقات حضوری برای انجام مصاحبه تعیین گردید. مکان انجام مصاحبه نیز با توافق بیمار در بیمارستان یا مرکز خیریه مشخص شد. مکان مصاحبه به صورتی بود که دریافت کننده پیوند به راحتی بتواند تجارب خود را در اختیار قرار دهد. قبل از انجام مصاحبه رضایت آگاهانه کتبی برای مشارکت در پژوهش و ضبط مصاحبه اخذ می‌گردید. به مشارکت کنندگان این اطمینان داده شد که در صورت عدم تمایل در هر مرحله تحقیق می‌توانند از ادامه مصاحبه انصراف داده و این امر تأثیری بر روند درمان آنان نخواهد داشت، همچنین اطلاعات اخذ شده کاملاً محرمانه بوده و از آن‌ها فقط در راستای اهداف تحقیق و بدون ذکر مشخصات هویتی استفاده خواهد شد.

معیارهای ورود به پژوهش شامل: حداقل ۱۸ سال سن، برخورداری از قدرت شنوایی، قادر بودن به تکلم، فاقد بیماری شناخته شده روانی و گذشتن حداقل شش ماه از دریافت پیوند بود. روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف بود و تا آن زمان ادامه پیدا کرد که اشباع داده‌ها حاصل و کدها و طبقات تکمیل شد و دیگر کد جدیدی از اطلاعات به دست نیامد. داده‌ها با انجام مصاحبه عمیق نیمه ساختار یافته با این افراد جمع‌آوری

گردید. مشارکت کنندگان ۱۱ نفر (۵ زن و ۶ مرد) بودند که میانگین سنی آن‌ها ۳۷/۱۸ سال و دامنه سنی از ۱۸ تا ۵۷ سال را شامل می‌شد. سؤالات مطرح شده عبارت بودند از: «بعد از دریافت پیوند با چه مسائلی 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 مصاحبه‌ها نیز استخراج 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 گردید. جهت تحلیل داده‌ها از شیوه تحلیل محتوای کیفی Graneheim و Lundman استفاده شد. پیش‌فرض نظری تحلیل محتوا بر این اصول استوار می‌باشد که ارتباط انسانی در تفسیر آن نهفته است، افراد نمی‌توانند ارتباط برقرار نکنند و در هر متنی پیامی وجود دارد که باید توصیف و تفسیر شود؛ 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 آن و مفاهیم با سطح انتزاع متفاوت نیز دست یافت، توسط تیم تحقیق به عنوان روش مناسب انتخاب و به کار گرفته شد (۲۳).

تحلیل محتوا یک ابزار تحقیق است که به منظور تعیین وجود کلمات و مفاهیم معین در متن و با یک سری از متون مورد استفاده قرار می‌گیرد و محقق، وقوع و تکرار و ارتباطات آن‌ها را مورد تحلیل قرار می‌دهد و سپس پیام‌های درون متون، نویسندگان، شنوندگان و حتی فرهنگ و زمان و دوره‌ای که آن کلمات و مفاهیم قسمتی از آن بوده را استنتاج می‌کند (۲۴). به عبارت دیگر فرایند ساختارمند کردن داده‌های بدون ساختار تحلیل محتوا است و اولین قدم در این فرایند جستجوی درون‌مایه‌ها در داده‌ها است؛ بنابراین باید به دنبال این بود که داده‌های مشابهی که در طبقات اختصاصی قرار می‌گیرند کدام هستند (۲۵). داده‌ها به طور هم‌زمان با جمع‌آوری مورد تحلیل قرار گرفتند؛ بدین نحو که هر مصاحبه

گذاشته شوند. تلاش تیم تحقیق در فرایند پژوهش بر این بوده است که مراحل پژوهش و تصمیمات اخذ شده در طول آن به طور دقیق ثبت و گزارش شود 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. همچنین سعی گردید با ارایه نقل‌قول‌های مناسب امکان افزایش انتقال‌پذیری فراهم گردد (۲۳).

یافته‌ها

نتایج تحلیل داده‌ها منجر به ظهور راهبردهای مقابله متنوعی گردید که مشارکت کنندگان برای مدیریت رخداد سرشار از استرس دریافت پیوند مورد استفاده قرار می‌دادند. چهار درون‌مایه و ده زیرطبقه در جدول ۱ لیست شده است.

جدول ۱. درون‌مایه‌ها و زیرطبقات پژوهش

زیرطبقات	درون‌مایه
تسلیم تقدیر الهی آزمون الهی	معنویت‌مداری
جستجوی اطلاعات نقش حمایت اجتماعی مراقبت از خود	توسعه خودمدیریتی و توانمندسازی
بسط خلاقیت و تخیل خوش‌بینی و مثبت‌نگری کاربرد اجتناب	ارتقای اعمال خودانعکاسی
خلق زندگی جدید اداره کردن محدودیت	پذیرش واقعیت

معنویت‌مداری

یکی از درون‌مایه‌های به دست آمده از داده‌های مشارکت کنندگان معنویت‌مداری بود که این درون‌مایه شامل دو زیرطبقه تسلیم تقدیر الهی و آزمون الهی می‌باشد. یافته‌های پژوهش مبین این بود که مسایل معنوی به طور عمیق و ریشه‌ای زندگی مشارکت کنندگان را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد و در اکثر

چندین بار خوانده شد، سپس متون مربوط به تجارب مشارکت کنندگان از راهبردهای مقابله‌ای در یک متن قرار داده شد تا واحد تحلیل تشکیل شود. پس از آن واحدهای معنا (Meaning units) مشخص گردیدند و از واحدهای معنا 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 (۲۳).

اگرچه پژوهشگران کیفی به اندازه محققین کمی به دنبال تعمیم یافته‌های خود نیستند، اما در تلاش هستند که نتیجه کار آن‌ها بیان کننده تجارب واقعی مشارکت کنندگان باشد. به همین منظور چهار معیار مقبولیت، اعتماد، تأییدپذیری و انتقال‌پذیری که Guba و Lincoln (به نقل از Straus و Corbin) برای ارزیابی اعتماد داده‌های کیفی مطرح کرده‌اند رعایت گردید (۲۶). مقبولیت شامل فعالیت‌هایی است که احتمال به دست آمدن اطلاعات موثق و معتبر را افزایش می‌دهد (۲۲). 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 موشکافی 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. بازنگری ناظرین روش دیگری است که برای تأیید اعتبار پژوهش کیفی به کار می‌رود (۲۲). دو استاد با تجربه بازنگری را انجام دادند. ممیزی خارجی نیز توسط کیفی کار 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

توسعه خودمدیریتی و توانمندسازی

از اظهارات مشارکت کنندگان چنین برمی‌آید که چالش‌های بعد از دریافت پیوند، آن‌ها را وادار می‌کند با کسب توانمندی‌های لازم بیماری خود را مدیریت نمایند. جستجوی اطلاعات، نقش حمایت اجتماعی و مراقبت از خود سه زیرطبقه این درون‌مایه را تشکیل دادند.

جستجوی اطلاعات

یکی از راه‌های مؤثر برای حفظ کلیه پیوندی ارتقای توانمندی‌های شخصی برای مدیریت بیماری است که به پشتوانه آن‌ها می‌توان به نحو مناسبی با چالش‌های آن کنار آمد. مصاحبه شونده‌گان دانش ناکافی و سؤالات عدیده‌ای که به خصوص در روزهای اول در مورد مسایل مرتبط با پیوند داشتند را دلیل بخشی از نگرانی‌های خود می‌دانستند و سعی می‌کردند اطلاعات مورد نیاز خود را از منابع گوناگونی چون پزشک، پرستار، سایر بیماران پیوندی و مطالعات شخصی کسب نمایند. مشارکت کننده‌ای چنین عنوان می‌کرد: «*نبال این بودم که از کسی که پیوند شده یا سابقه پیوند بیشتر از خودم داره سؤالاتی بپرسم که مشکل پیدا نکنم*».

نقش حمایت اجتماعی

یافته‌ها مبین این بود که حمایت از سوی خانواده، دوستان و سازمان‌های حمایتی به ویژه در روزهای اول به عنوان یک عامل بسیار مهم و تأثیرگذار در حفظ و برگرداندن آرامش روحی و روانی دریافت کننده پیوند محسوب می‌شود. مشارکت کننده‌ای در این باره گفت: «*به خاطر پیوندم که خیلی حمایت شدم از طرف خانواده‌ام*». دیگری این گونه ابراز می‌کرد: «*وقتی می‌دیدم اونا (خانواده) این جور با محبت دارن باهام برخورد می‌کنن منم خوب راحت‌تر با این موضوع کنار می‌اومدم*».

مراقبت از خود

بخشی از خودتوانمندسازی، حفظ سلامتی موجود و جلوگیری از زوال آن است و این مهم با رفتارهای خودمراقبتی قابل حصول است. کنترل وضعیت سلامتی با انجام آزمایش‌های مکرر، رعایت رژیم دارویی و غذایی و انجام فعالیت بدنی مناسب رفتارهای خودمراقبتی بودند که مصاحبه شونده‌گان برای کاستن خطر پس زدن پیوند و پیشگیری از به وجود

اوقات با قرار گرفتن در شرایط تنش‌زا این باورها پررنگ‌تر می‌شوند و شخص تلاش می‌کند رابطه خود را با خداوند مستحکم‌تر از قبل نماید. البته فرهنگ مذهبی حاکم بر جامعه ایران و بافت مذهبی- فرهنگی جنوب شرق کشور موجب آن گردیده است که معنویت‌مداری به صورتی بسیار واضح در گفتار و باور مشارکت کنندگان نمود عینی‌تری داشته باشد.

تسلیم تقدیر الهی

این باور که سرنوشت هر کس به گونه‌ای خاص رقم خورده است و از قبل تعیین شده و از آن گریزی نیست، تقریباً بر دیدگاه همه بیماران حاکم بود. بسیاری از بیماران اظهار می‌داشتند که وقتی مشیت الهی امری را مقدر کرده است باید تسلیم محض خواسته حضرت حق بود؛ چرا که در نهایت تسلیم است که بندگی معنا پیدا می‌کند. این تأکید را در متون مصاحبه‌ها به وفور می‌توان یافت. یکی از بیماران اظهار می‌داشت: «*اعتقاد اینه که مثلاً می‌گم هیچ برگری بدون ان خدا نمی‌افته... درسته؟ یعنی ببین، حکمتی تو کاره. گفتم خواست خدا بوده، خدا دوست داره من این جوری درد بکشم، اشکال نداره منم با این موضوع کنار می‌یام*» و یا مشارکت کننده دیگری موضوع را بدین گونه مطرح می‌کند: «*می‌گم شاید خدا همون کاری که کرده من دوباره سلامتیمو به دست آوردم، بتونم زندگی کنم لطف کرده دیگه هر چی بخوام زیادیه*».

آزمون الهی

یکی از باورهای قوی مشارکت کنندگان این بود که خداوند در طول زندگی بندگانش را به گونه‌های مختلف مورد آزمون قرار می‌دهد و آن کس که صبور باشد و از امتحان الهی سرافراز بیرون بیاید، در جهان آخرت پاداش مناسبی دریافت خواهد کرد؛ بنابراین این باور که در معرض آزمون الهی قرار دارند به کنار آمدن با بیماری کمک زیادی می‌نمود. این موضوع را یکی از مشارکت کنندگان به این شکل مطرح کرد: «*گه کلیه‌ام پس بزنه فشاری که به خانم می‌یاد، به فرزندم می‌یاد، به پدر و مادرم می‌یاد خیلی سخت‌تره از فشاری که به خودم می‌یاد که اون هم باهانش کنار می‌یام... چون می‌گم این خواست خدا بوده، بازم می‌گم یک امتحان دیگه، می‌خواد ببینه ما چه کاره هستیم*».

می‌دانند را به شیوه‌های تخیلی گوناگون ابراز می‌داشتند از جمله: «می‌گم داره پسرم اذیت می‌کنه. تا نه ماه که فکر می‌کردم باردارم، از نه ماه به بعد فکر می‌کنم بچه‌ام به دنیا اومده. به چشم بچه‌ام بهش نگاه می‌کنم».

خوش‌بینی و مثبت‌نگری

مشارکت کنندگان در پاسخ به این سؤال که چگونه شرایط را برای خود قابل تحمل می‌کنند، راهبردهای گوناگونی را ذکر می‌کردند از جمله مقایسه شرایط خود با سایر بیمارانی که مشکلات بدتری دارند یا به عبارتی وزن‌دهی مشکل خود در قیاس با دیگران از منظر خوش‌بینی و مثبت‌نگری. یکی از مشارکت کنندگان اظهار می‌داشت: «من خودمو مقایسه می‌کنم با بیماری‌های دیگه مثلاً تالاسمی و سرطان... وقتی پیوند کلیه رو می‌بینم اصلاً مریضی حساب نمی‌شه، تالاسمی‌ها چه مشکلاتی دارن از نظر فیزیکی یا ظاهری».

همه مشارکت کنندگانی که تجربه دیالیز را داشتند از سختی‌های دوران دیالیز و محدودیت‌های بی‌شمار آن سخن می‌گفتند و پیوند را رهایی از درد و رنج دیالیز می‌دانستند. مشارکت کننده‌ای 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 خدا رو شکر خیلی بهتر شدم خیلی راحت شدم».

اتخاذ دیدگاه مثبت و خوش‌بینی موجب آن می‌گردد که اثرگذاری افکار منفی به طور ملموسی کاهش یافته و امید جایگزین ناامیدی و یأس گردد. شخص امیدوار نگاهش به حال و آینده تغییر پیدا می‌کند و با این تغییر و تبدیل پذیرش شرایط آسان‌تر می‌گردد. یکی از مشارکت کنندگان این‌طور مطرح کرد: «من تازه بعد از ۶ سال فهمیدم پیوند کلیه کوچک‌ترین مشکل زندگی منه. اگه هنوز می‌تونم زندگی کنم، اصلاً حقمه زندگی کنم و گرنه من اصلاً این‌جا نبودم. اعتقاد اینه که الان به مشکل بهم برخورد، خودمو بیام عذاب بدم گریه کنم ناراحت باشم بهتر می‌شه؟ نمی‌شه دیگه».

کاربرد اجتناب

بنا بر اظهارات قریب به اتفاق مشارکت کنندگان، یکی از

آمدن عوارض انجام می‌دادند. یکی از مشارکت کنندگان می‌گفت: «تخیلی مواظب خودم هستم چون خیلی درد کشیدم». دیگری اشاره می‌کرد: «اگه مثل آقای م می‌خواستم همون‌طور دارو بخورم، ورزش نکنم، می‌بایست وزنم صد به بالا باشه، حتماً ورزش می‌کنم چون می‌خوام بدنم هر چی میکروب داره از طریق عرق خارج بشه». مشارکت کننده‌ای دل‌بستگی و توجه خاص به کلیه دریافتی را این‌گونه بیان می‌کرد که: «باید این کلیه رو دوشش داشته باشی حتی موقع خوابیدن رو دنده راست ما کمتر می‌خوابیم، یا تو ماشین نشستیم می‌بینیم کمر بند داره می‌یاد روش، کمر بند رو می‌یاریم بالاتر که فشار روش نیاد... شایدم طوری نشه ولی می‌گم حواسمون رو جمع کنیم».

ارتقای اعمال خود انعکاسی

این درون‌مایه زیرطبقات بسط خلاقیت و تخیل، خوش‌بینی و مثبت‌نگری و کاربرد اجتناب را شامل می‌شود.

بسط خلاقیت و تخیل

یکی از راهبردهای جالب دریافت کنندگان پیوند برای کنار آمدن با مسایلی چون پیوند دریافتی و مصرف دارو استفاده از تخیل و تشبیهات زیبا و دل‌پسند می‌باشد. به نظر می‌رسد به گونه‌ای دیگر فکر کردن و پوشاندن لباس زیبا به آن‌چه ناخوشایند می‌آید تحمل آن را آسان‌تر می‌نماید. تشبیه کردن دارو به شکلات، پیوند دریافتی به جنین و فرزند، مهمان بودن پیوند و لزوم پذیرایی از آن با دارو نمونه‌هایی از آن موارد بود که بیماران به وفور مورد استفاده قرار می‌دادند. یکی از مشارکت کنندگان بیان می‌کرد: «آخه از این مهمون باید با این داروها پذیرایی کنیم... اگه نکنیم مهمون باهامون قهر می‌کنه». مشارکت کننده دیگر در تشبیه مصرف دارو به خوردن شکلات این‌گونه اظهار داشت: «پیرمردی به من گفت آقا فکر کن قرص‌ها مثل شوکولاتن، چهار تا شکلات می‌ندازی بالا، خیلی عادی... این تجسم برام خیلی شیرین بود هر وقت می‌خواستم قرص بخورم».

مشارکت کنندگان تعلق خاطر به کلیه دریافتی و این‌که نسبت به آن احساس بدی ندارند و آن را جزیی از وجود خود

انجام بدم پس می‌خوام از همین وقت کم، خوب استفاده کنم. شاید همین مسأله باعث شد من برم دانشگاه درس بخونم».

اداره کردن محدودیت

پذیرش این نکته که دریافت کننده پیوند در قیاس با افراد سالم در تعاملات، تغذیه، فعالیت، توان جسمی و ... از محدودیت‌هایی برخوردار است به فرد کمک می‌کند واقع بین‌تر بوده، محدودیت‌هایش را بپذیرد و بر آن اساس برنامه‌های زندگی خود را تنظیم نماید. در متون مصاحبه‌ها بارها مشارکت کنندگان به این مهم اشاره کردند، به طور مثال: «شاید خیلی‌ها که سالم هستن فکر می‌کنن حالا حالاها زنده هستن و می‌تونن هر کاری انجام بدن، ولی من شاید به این رسیدم با این داروها که دارم مصرف می‌کنم هر کاری رو نمی‌تونم انجام بدم، می‌فهمم که مثل بقیه نیستم».

بحث

مطالعه حاضر راهبردهای مقابله‌ای را که بیماران دریافت کننده پیوند کلیه مورد استفاده قرار می‌دادند تبیین می‌نماید. یافته‌های پژوهش نشان داد که بعد از پیوند، بیماران با چالش‌های گوناگونی مواجه می‌شوند. آنان اگرچه پیوند را تولدی دوباره، تجدید حیات نو و رها شدن از درد و رنج و محدودیت دیالیز می‌دانند، اما بعد از مواجه شدن با واقعیت پیوند خود را با مسایلی روبرو می‌بینند که بسیار متفاوت از دوران دیالیز است.

در تمام موارد مذکور، آنان سعی می‌کردند با استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مناسب چون ربط دادن رخداد به تقدیر الهی و تسلیم در برابر آن و همچنین آزمون الهی شرایط را به گونه‌ای تلطیف و تعدیل نمایند که استرس‌های ناشی از این عوامل کاهش یافته و آرامش نسبی حاصل گردد. آنچه به دنبال آن رخ می‌داد، توسعه خودمدیریتی و توانمندسازی با جستجوی اطلاعات و حمایت اجتماعی بود و در این روند سعی می‌کردند به نحو مناسب از خویش مراقبت نمایند. با تغییر نگاه به سمت و سوی خوش‌بینی و مثبت‌نگری، استفاده از راهبرد خلاقیت و بسط تخیل و همچنین اجتناب در دستور کار دریافت کنندگان پیوند قرار می‌گرفت. در نهایت مدیریت

چالش‌های جدی دریافت کننده پیوند کلیه درگیری دایمی ذهن با فکر امکان پس زدن پیوند است که برای آن زمان مشخصی هم نمی‌توان پیش‌بینی نمود. این نشخوار ذهنی آزار دهنده و تهدید کننده حیات بوده و آسایش روحی و روانی بیماران را سلب می‌کند؛ بنابراین بیماران به طور قطع یا باید در این اضطراب و دلواپسی دست و پا بزنند و یا راهی برای خلاصی از این افکار مزاحم بیابند. غیر از موارد موصوف که پیش‌تر اشاره شد، کنترل افکار و جلوگیری از ورود آن‌ها به ذهن راهی بود که اکثر مشارکت کنندگان به آن اشاره کردند و به راه‌های گوناگون برای پرت کردن حواس خود انجام می‌دادند از جمله: «به خاطر این‌که خیال داخل ذهنم نیاد، هندزفری می‌ذارم تو گوشم و با صدای بلند موسیقی گوش می‌دم که فکر نکنم. ناراحتیمو با دویدن رفع می‌کنم». مشارکت کننده دیگری اظهار می‌داشت: «یک کلیه پیوندی داری، خودت باید تو این کار حواست جمع باشه. همیشه سعی می‌کنم یک جوری از زیرش در برم بهش فکر نکنم... اصلاً کار خاصی نمی‌کنم فقط بهش فکر نمی‌کنم».

پذیرش واقعیت

درون‌مایه پذیرش واقعیت شامل دو زیرطبقه خلق زندگی جدید و اداره کردن محدودیت بود.

خلق زندگی جدید

از اظهارات مشارکت کنندگان چنین برمی‌آمد که انکار واقعیت تا مدت کوتاهی می‌تواند در کسب آرامش آنان مؤثر باشد، اما در درازمدت کارایی خود را از دست می‌دهد و فرد ناگزیر از قبول واقعیت و چاره‌اندیشی برای کنار آمدن با آن می‌شود و درصدد برمی‌آید حال که با دریافت پیوند عمر دوباره یافته و تولدی نو را آغاز کرده است، برای خود زندگی جدیدی پایه‌ریزی نماید و بر مبنای آن اهداف جدیدی تعریف کند تا بتواند از زندگی خود لذت بیشتری ببرد. به همین جهت تلاش می‌کند مدیریت زمان را در دست گرفته و از فرصت محدود به نحو مطلوب استفاده نماید. مشارکت کننده‌ای در این مورد گفت: «حالا می‌بینم تا می‌تونم، تا وقت دارم، بهتر می‌تونم از این وقتی که دارم استفاده کنم. هر کاری رو که نمی‌تونم

است. مولانا شمس تبریزی می‌فرماید:

بیاموز از پیمبر کیمیایی که هرچه حق ده می‌ده رضایی همان لحظه در جنت گشاید چو تو راضی شوی در ابتلایی در روایتی از پیامبر اکرم (ص) آمده است: «ای بندگان خدا... شما مانند بیمار و پروردگار جهانیان مانند طبیب است، پس صلاح بیمار در آن چیزی است که طبیب تجویز می‌کند، صلاح بیمار در اشتها و میل او نیست، پس تسلیم فرمان خداوند باشید تا رستگار شوید» (۲۹).

بعد از گذشتن چندین هفته از دریافت پیوند و امید بیشتر به بقای آن، مشارکت‌کنندگان اظهار می‌داشتند که برای کنار آمدن با مشکلات سعی می‌کنند مدیریت بیماری را به دست گرفته و با خودتوانمندسازی بر محدودیت‌های خود چیره شوند. این مهم از طریق جستجوی اطلاعات و حمایت‌های اجتماعی قابل حصول بود. به باور Hongxia (به نقل از Liu) بیماران در مراحل اولیه بعد از پیوند با چالش‌های جدیدی چون فراگیری، مهارت‌های خودمراقبتی، پیگیری شدید و حمایت اطلاعاتی و ابزاری مواجه هستند (۲). استفاده فعال‌تر از راهبردهای مسأله‌مدار، جستجوی اطلاعات و جستجوی حمایت اجتماعی شاید در فرایند ناتوانی یا وقتی انتظار بهبودی بالا است مؤثرتر باشد (۳۰). جستجوی اطلاعات در بیمارانی که تحت عمل جراحی برداشتن پستان (۳۱) و همچنین پیوند مغز استخوان (۳۲) قرار گرفته‌اند نیز به عنوان راهبرد تطابق معرفی شده است که با نتایج این پژوهش همخوانی دارد.

بر اساس نتایج مطالعه به نظر می‌رسد که مشارکت‌کنندگان هم‌زمان استفاده از رفتار خودانعکاسی را به عنوان یکی از راهبردهای مؤثر در کنار آمدن با پیوند دریافتی و مصرف دارو در دستور کار خود قرار می‌دهند. دریافت‌کنندگان پیوند به طور عمده برای انجام دادن آن‌چه برایشان دشوار بود به راهبرد بسط خلاقیت و تخیل روی آورده و شرایط را برای خود قابل تحمل‌تر می‌کردند. اجبار به مصرف دارو به تعداد و دفعات زیاد برای جلوگیری از پس زدن یکی از چالش‌های عمده بیماران بود و آنان سعی می‌کردند با قدرت تخیل، انجام این کار نه چندان خوشایند را قابل تحمل نمایند. خیال‌پردازی

محدودیت‌ها و خلق زندگی جدید بود که راه را برای تطابق مؤثر هموار می‌کرد. به طور معمول در بیماری‌های مزمن راهبردهای تطابق مؤثر می‌توانند در کاهش احساس بی‌پناهی و افسردگی اثرگذار بوده و سازگاری عاطفی را ارتقا دهد (۲۷). مطالعات بیانگر این است که با دریافت پیوند مشکلات جسمی و روانی بیماران کاهش یافته و کیفیت زندگی در مقایسه با دوران دیالیز بهبود قابل توجهی می‌یابد (۲۸، ۵) و یافته‌های این پژوهش نیز مبین آن است. اما رخ نمودن شرایط جدید، دریافت‌کنندگان پیوند را به چالش می‌کشد. بنا به اظهار همه مشارکت‌کنندگان روزهای اول پس از پیوند شرایط روحی و روانی آنان مناسب نبوده و افکار گوناگونی که مهم‌ترین آن‌ها عدم موفقیت پیوند و امکان پس زدن پیوند دریافتی است ذهن آنان را به خود مشغول می‌دارد. همه مشارکت‌کنندگان بر این باور بودند که در آن لحظات بیم و امید، ایمان به خداوند مهم‌ترین تکیه‌گاه آنان محسوب می‌شده است که تا حد زیادی در شرایط بحرانی به کمک آنان آمده است.

به ادعان بسیاری از مشارکت‌کنندگان، تکیه بر مسایل معنوی راهبرد بسیار مؤثری در کنار آمدن با پیوند دریافتی به شمار می‌رود. معنویت مبین باورها، اعتقادات و فرهنگ مذهبی مددجویان است. ایمان به خدا، توکل به خدا، اعتقاد به مقدرات الهی و بینش نسبت به سختی‌ها، توسل به ائمه جزء روش‌های شناختی طرح‌های تطابق هستند (۲۹). نسبت دادن شرایط به وجود آمده به خواست خداوند، آزمون الهی و سرنوشت پناهگاه خوبی برای کسب آرامش بود. مشارکت‌کنندگان شرایط پیش آمده را اراده خداوند دانسته و خود را در معرض آزمون وی احساس می‌کردند. اعتقاد به سرنوشت و این‌که همه انسان‌ها سرنوشت معینی دارند که خداوند رقم زده و باید راضی بوده و به آن تن در دهند، راه دیگری بود که دریافت‌کنندگان پیوند با در نظر داشتن آن سعی می‌کردند آرامش از دست رفته خود را بازیابند؛ چرا که پس از پیوند شرایط مزمن جدید که همواره با یک عدم اطمینان همراه است می‌تواند اضطراب و افسردگی قابل توجهی ایجاد نماید (۲۷).

ادبیات غنی ایران مملو از لزوم تن دادن به مشیت الهی

بهتر می‌توانند با آن کنار بیایند. در مطالعات متعدد از جمله Kaba و همکاران به این راهبرد مؤثر اشاره شده است (۳۵). بعد از تجربه تمامی چالش‌های پیوند و متوسل شدن به راهبردهای تطابق گوناگون اکثریت مشارکت کنندگان اذعان داشتند که در نهایت راهی جز پذیرش واقعیت پیوند و محدودیت‌های مترتب بر آن ندارند؛ چرا که عدم پذیرش محدودیت نه تنها مشکلی از آنان حل نمی‌کند، بلکه کنار آمدن با مسایل گوناگون پیوند را نیز به تعویق می‌اندازد. برنامه‌ریزی برای استفاده بهتر از لحظات عمر و جلوگیری از فرصت‌سوزی، زندگی را هدفمند و آرامش از دست رفته را کم‌کم برمی‌گرداند و این راهی بود که مشارکت کنندگان از آن به خوبی آگاهی داشته و سعی می‌کردند استفاده نمایند. پذیرش، سازش با شیوه زندگی تغییر یافته، افق محدود، فراگیری صبر و متانت و فراتر از خود طلب نکردن را شامل می‌شود (۳۷). با این شرایط علاقه به زندگی بازسازی می‌شود، انرژی برمی‌گردد، ارتباط اجتماعی به عنوان منبع لذت دوباره مطرح می‌شود و فعالیت‌های صلاحیت درونی فرد از سر گرفته می‌شود (۳۸).

نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش نشان داد که اگرچه دریافت پیوند کلیه رها شدن از درد و رنج و محدودیت دیالیز را به دنبال داشته است و زندگی جدیدی را برای بیمار به ارمغان می‌آورد، اما چالش‌های گوناگونی چون مصرف دارو تا پایان عمر، تبعیت از رژیم دارویی و غذایی و خطر غیر قابل پیش‌بینی پس زدن پیوند را به دنبال دارد. در تمام موارد مذکور، آنان سعی می‌کردند با استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مناسب چون ربط دادن آن به تقدیر خداوندی و رخداد را آزمون الهی پنداشتن، بدون قید و شرط آن را پذیرفته و با این طرز تفکر استرس‌های ناشی از این عوامل را کاهش داده و به آرامش نسبی دست یابند. سوالات ذهنی متعدد در مورد مسایل گوناگون پیوند که پاسخ مناسبی برای آن ندارند آنان را به جستجوی اطلاعات سوق داده و با جستجوی حمایت اجتماعی تلاش می‌کردند از توان و انرژی حاصل از بودن با

زمانی در شخص ایجاد می‌شود که روبرو شدن با واقعیت زندگی برای او دشوار باشد، بنابراین در عالم خیال دنیا را آن طوری که دوست دارند بنا می‌کند (۲۹).

نویسنده‌ای معتقد است با برداشتن «م» مشکلات، آن را به شکلات تبدیل کنید و این کاری بود که مشارکت کنندگان با خوش‌بینی و تفکر مثبت انجام می‌دادند و معتقد بودند با این راهبرد، رسیدن به تطابق تسهیل می‌شود. خوش‌بینی به عنوان یک راهبرد تطابق زمانی مطرح است که شخص نظر مثبتی دارد و بر این باور است که در آینده همه چیز بهتر خواهد شد (۳۳). مطالعات متعدد از جمله در دریافت کنندگان پیوند کلیه (۱۵) و پیوند قلب (۳۳) بر استفاده از این راهبرد خوش‌بینانه در کنار آمدن با شرایط جدید تأکید دارند.

اگرچه ترس از عدم موفقیت پیوند، به منزله بزرگ‌ترین عامل استرس و منبع عدم اطمینان و اضطراب، در فاصله اندک بعد از پیوند، در طی فرایند پیگیری بالینی، وقتی که دریافت کننده حال خوشی ندارد و یا در خلال حمله پس زدن حاد به حساب می‌آید (۳۴، ۳۵، ۱۵)، اما با وجود این ترس، بسیاری از دریافت کنندگان از راهبردهای تطابق هیجان‌مدار مانند اجتناب و انکار در این روند استفاده می‌نمایند (۲۷)؛ چرا که در شرایطی که افراد احساس می‌نمایند که کنترل کمی روی شرایط دارند این کار می‌تواند استرس آن‌ها را کاهش دهد (۲۰). این راهبرد خوبی است که افکار را بدون قضاوت یا تغییر مورد ملاحظه قرار دهیم. شما می‌توانید به افکار مثل ابرهای آسمان فکر کنید اگر فکر نکنید که مهم هستند آن‌ها مثل ابرهای آسمان عبور خواهند کرد. پذیرش افکار ناخوشایند می‌تواند به فعالیت‌های متفاوتی منجر شود تا این‌که آن افکار بخواهند کاری انجام بدهند (۳۶).

نتایج مطالعه بیانگر این بود که مقایسه شرایط موجود خود با شرایط قبلی و همچنین افرادی که در شرایط بدتری قرار دارند یکی از روش‌های خوش‌بینی و مثبت‌اندیشی است که کارایی خوبی در کنار آمدن با برخی مسایل پیوند دارد. مشارکت کنندگان بیان می‌کردند که چون شرایط خود را نسبت به قبل از هر نظر بهتر می‌بینند و در مقایسه با سایر بیماری‌های مزمن مشکلات خود را کمتر احساس می‌کنند

گیرد. علاوه بر این باید امکان انتقال تجارب سایر بیماران به خصوص در روزهای قبل از دریافت پیوند با حضور برنامه‌ریزی شده آنان در بالین بیماران جدید فراهم گردد.

از محدودیت‌های پژوهش 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 این موضوع در پژوهش‌های آینده در گستره وسیع‌تری مورد موشکافی و تفحص قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از همکاری صمیمانه مشارکت کنندگان، کادر مدیریتی مرکز خیریه ثامن الحجج (ع) و بیمارستان افضل‌پور کرمان به ویژه همکاران بخش پیوند کلیه تشکر و قدردانی نمایند. لازم به ذکر است که مقاله حاضر از پایان‌نامه دکتری دانشکده پرستاری و مامایی رازی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمان استخراج شده است.

دیگران به خویش آرامش بخشند. در این روند، مراقبت از خود راه دیگری بود که ضریب احتمال پس زدن پیوند را کاهش می‌داد. مسلم آن که مراقبت جسمی به تنهایی کافی نبود و در این‌جا مشارکت کنندگان تغییر نگاه به سمت و سوی خوش‌بینی و مثبت‌نگری، استفاده از راهبرد خلاقیت و بسط تخیل و همچنین اجتناب را در دستور کار خود قرار می‌دادند. آنچه در نهایت رخ داد، مدیریت محدودیت‌ها و خلق زندگی جدید بود.

با عنایت به موارد پیش‌گفت، چون در هر مرحله از فرایند کنار آمدن با پیوند کلیه راهبرد تطابق خاصی بیشتر مورد استفاده قرار می‌گیرد؛ بنابراین در صورتی که پرستار و اعضای خانواده بیمار با این روند آشنا باشند بهتر قادر خواهند بود دلیل رفتارهای دریافت کننده پیوند را درک نمایند و به دنبال آن در حمایت وی نقش فعال‌تری عهده‌دار خواهند شد. پس برای کنار آمدن بهتر، توانمندسازی بیماران و خانواده‌های آنان ضروری به نظر می‌رسد و به همین جهت پیشنهاد می‌شود پروتکل‌های جامعی تدوین و در خلال فرایند دریافت پیوند مورد استفاده قرار

References

- White Y, Grenyer BF. The biopsychosocial impact of end-stage renal disease: the experience of dialysis patients and their partners. *J Adv Nurs* 1999; 30(6): 1312-20.
- 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 Dijk S, 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.
- Niu SF, Li IC. Quality of life of patients having renal replacement therapy. *J Adv Nurs* 2005; 51(1): 15-21.
- White C, Gallagher P. Effect of patient coping preferences on quality of life following renal transplantation. *J Adv Nurs* 2010; 66(11): 2550-9.
- Lazarus RS, Folkman S. *Stress, Appraisal, and Coping*. New York, NY: Springer Publishing Company; 1984.
- 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.
- Folkman S, Lazarus RS. An analysis of coping in a middle-aged community sample. *J Health Soc Behav* 1980; 21(3): 219-39.
- Folkman S, Moskowitz JT. Coping: pitfalls and promise. *Annu Rev Psychol* 2004; 55: 745-74.
- Cimete G. Stress factors and coping strategies of parents with children treated by hemodialysis: A qualitative study. *J Pediatr Nurs* 2002; 17(4): 297-306.
- Felton BJ, Revenson TA, Hinrichsen GA. Stress and coping in the explanation of psychological adjustment among chronically ill adults. *Soc Sci Med* 1984; 18(10): 889-98.
- White MJ, Ketefian S, Starr AJ, Voepel-Lewis T. Stress, coping, and quality of life in adult kidney transplant recipients. *ANNA J* 1990; 17(6): 421-4, 431.
- Kong IL, Molassiotis A. Quality of life, coping and concerns in Chinese patients after renal transplantation. *Int J Nurs Stud* 1999; 36(4): 313-22.

15. Lindqvist R, Carlsson M, Sjoden PO. Coping strategies of people with kidney transplants. *J Adv Nurs* 2004; 45(1): 47-52.
16. Mok E, Tam B. Stressors and coping methods among chronic haemodialysis patients in Hong Kong. *J Clin Nurs* 2001; 10(4): 503-11.
17. Parvan K, Abdollahzadeh F, Ghojazadeh M, Ahangar R. Stressors and Methods of Coping with Stress in Peritoneal Dialysis Patients. *Nursing & Midwifery Journal Tabriz University of Medical Sciences* 2010; 17: 34-42.
18. Taleghani F, Yekta ZP, Nasrabadi AN. Coping with breast cancer in newly diagnosed Iranian women. *J Adv Nurs* 2006; 54(3): 265-72.
19. 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.
20. Coyne JC, Racioppo MW. Never the Twain shall meet? Closing the gap between coping research and clinical intervention research. *Am Psychol* 2000; 55(6): 655-64.
21. Woodgate R. Part I: an introduction to conducting qualitative research in children with cancer. *J Pediatr Oncol Nurs* 2000; 17(4): 192-206.
22. Speziale HS, Streubert HS, Rinaldi Carpenter D. *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
23. 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.
24. Hajbagher A, Parvizi S, Salsali M. *Qualitative Research Methods*. Tehran, Iran: Boshra; 2010. [In Persian].
25. Wood M, Kerr JC. *Basic Steps in Planning Nursing Research: From Question to Proposal*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning; 2010.
26. Strauss A, Corbin JM. *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. London, UK: SAGE; 1998.
27. Gill P, Lowes L. The kidney transplant failure experience: a longitudinal case study. *Prog Transplant* 2009; 19(2): 114-21.
28. Luk WS. The HRQoL of renal transplant patients. *J Clin Nurs* 2004; 13(2): 201-9.
29. Bartmann JA, Roberto KA. Coping strategies of middle-aged and older women who have undergone a mastectomy. *Journal of Applied Gerontology* 1996; 15(3): 176-86.
30. 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.
31. Heidary J, Mahmoudy Gh. *Mental Health*. Jamehnagar: Tehran, Iran; 2009. [In Persian].
32. Golfieri L, Lauro A, Tossani E, Sirri L, Dazzi A, Zanfi C, et al. Coping strategies in intestinal transplantation. *Transplant Proc* 2007; 39(6): 1992-4.
33. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *J Pers Soc Psychol* 1989; 56(2): 267-83.
34. Kohl A, Rief W, Glombiewski JA. Acceptance, cognitive restructuring, and distraction as coping strategies for acute pain. *J Pain* 2013; 14(3): 305-15.
35. Kaba E, Thompson DR, Burnard P. Coping after heart transplantation: a descriptive study of heart transplant recipients' methods of coping. *J Adv Nurs* 2000; 32(4): 930-6.
36. Nilsson M, Persson LO, Forsberg A. Perceptions of experiences of graft rejection among organ transplant recipients striving to control the uncontrollable. *J Clin Nurs* 2008; 17(18): 2408-17.
37. Suls J, Fletcher B. The relative efficacy of avoidant and nonavoidant coping strategies: a meta-analysis. *Health Psychol* 1985; 4(3): 249-88.
38. Chen KH, Weng LC, Lee S. Stress and stress-related factors of patients after renal transplantation in Taiwan: a cross-sectional study. *J Clin Nurs* 2010; 19(17-18): 2539-47.

Coping strategies in renal transplants recipients: A qualitative study

Masoud Rayyani¹, Mahvash Salsali², Abbas Abbaszadeh³

Original Article

Abstract

Introduction: Renal transplantation is considered as the first and the most effective approach of alternative treatment in patients with end-stage renal disease (ESRD). Although receiving transplant can improve the quality of life, it may also cause new challenges and anxieties in recipients. To be adopted with new challenges, patients have to follow coping strategies. This study aimed to deeply understand the coping strategies used by those undergone renal transplantation to adopt with challenges emerged from that.

Method: 11 in-depth semi-structured interviews were done to follow the aim of the study. The age of participants ranged between 18 and 57 years with mean average of 37 years. A purposive sampling was used to emerge saturated data, codes and themes. Using content analysis inspired by Graneheim and Lundman, all interviews analyzed.

Results: The analysis revealed ten subthemes that finally categories into four themes including: focus on spirituality, developing self-management and empowerment, improvement of self-reflective practice, and reality acceptance.

Conclusion: Although it is not possible to say that each coping strategy is used in a specific time schedule, but it seems that in each step, patients are more likely to use a specific coping strategy. Therefore, if nurses and family members are aware of this process, they would be better perceiving the reasons behind renal transplant recipient behaviors. We suggest providing relevant education program for them. This consequently enables family members and care team to have an active role in supporting transplant recipients.

Keywords: Coping strategies, renal transplantation, renal transplantation recipient, content analysis

Citation: Rayyani M, Salsali M, Abbaszadeh A. **Coping strategies in renal transplants recipients: A qualitative study.** J Qual Res Health Sci 2013; 2(3): 208-20.

Received date: 27.07.2013

Accept date: 01.09.2013

1- Lecturer AND PhD Student, Department of Community Health Nursing, School of Nursing and Midwifery, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

2- Professor, Department of Medical-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3- Associate Professor, Department of Medical-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

Corresponding Author: Mahvash Salsali PhD, Email: m_salsali@hotmail.com