

تجارب بیماران تحت همودیالیز و کارکنان درمانی پیرامون مراقبت‌های پرستاری: تحلیل محتوا

منیر نوبهار^۱

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: با توجه به افزایش تعداد بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه و جایگزینی عملکرد کلیه با همودیالیز و نقش مرکزی پرستاران در انجام مراقبت از بیماران تحت همودیالیز، هدف از انجام مطالعه حاضر، تبیین تجارب بیماران تحت همودیالیز و کارکنان درمانی پیرامون مراقبت‌های پرستاری بود.

روش: این مطالعه با رویکرد کیفی و روش تحلیل محتوای قراردادی در سال ۱۳۹۳ انجام شد. ۲۰ مشارکت کننده به صورت نمونه‌گیری مبتنی بر هدف و با حداکثر تنوع انتخاب شدند و با سؤالات باز مورد مصاحبه نیمه ساختار یافته قرار گرفتند. مکان مطالعه، بخش همودیالیز بیمارستان کوثر سمنان بود. داده‌ها با استفاده از رویکرد تحلیل محتوای قراردادی تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها: از تجزیه و تحلیل یافته‌ها، مضامین اصلی «مراقبت‌های تسکینی و مراقبت مبتنی بر مدیریت فردی» استخراج گردید که مراقبت‌های تسکینی از چهار طبقه «عوامل تنش‌زای دیالیز، برنامه درمانی، تعامل با سایرین و آماده‌سازی» و مراقبت مبتنی بر مدیریت فردی از طبقه «وابستگی / استقلال» انتزاع شد.

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه نشان داد که مراقبت‌های پرستاری در بیماران تحت همودیالیز شامل «مراقبت‌های پرستاری تسکینی و مراقبت مبتنی بر مدیریت فردی» بود. پرستاران در ارایه این مراقبت‌ها به منظور ارتقای کیفیت زندگی بیماران تحت همودیالیز، نقش مهمی بر عهده دارند.

کلید واژه‌ها: مراقبت‌های پرستاری، مراقبت تسکینی، مدیریت فردی، پرستاری، بیماران، همودیالیز، تحلیل محتوا

ارجاع: نوبهار منیر. تجارب بیماران تحت همودیالیز و کارکنان درمانی پیرامون مراقبت‌های پرستاری: تحلیل محتوا. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۴؛ ۴ (۴): ۴۸۳-۴۷۲.

تاریخ پذیرش: ۹۴/۹/۲۶

تاریخ دریافت: ۹۴/۷/۲

مقدمه

تعداد بیماران مبتلا به نارسایی پیشرفته و مزمن کلیه طی سه دهه گذشته افزایش یافته است (۱، ۲). درمان همودیالیز برای تعداد بسیاری از این بیماران، مفید (۳) و جایگزین مناسبی برای عملکرد طبیعی کلیه می‌باشد که باعث بهبود بقای عمر بیماران در مراحل انتهایی نارسایی کلیوی می‌شود (۴).

فرایند مراقبت از بیماران تحت همودیالیز توسط پرستاران نفرولوژی مدیریت می‌شود (۵). پرستار نفرولوژی دارای نقش مرکزی در مراقبت از این بیماران است (۶). مراقبت‌های پرستاری حرفه‌ای نیازمند تعامل با بیمار، شناسایی کسانی که در شرایط بدتر شدن هستند و بهبود ارتباطات به منظور تعیین مراقبت‌های مورد نیاز می‌باشد (۲) و شامل سرفصل‌ها، ارزش‌ها، راهنماهای عملی، ارتباطات حرفه‌ای و مدل ارائه مراقبت است (۷). در مطالعه‌ای، مراقبان پنج مراقبت پرستاری ویژه شامل فعالیت‌های مرتبط به دیالیز، مدیریت تغذیه، داروها، علایم و مراقبت اختصاصی از بیماران تحت همودیالیز را مطرح کردند. آنان ابعاد مراقبت را شامل ارزیابی، حمایت، مهارت، اقدامات معمول و آموزش بیان نمودند (۸). نتایج مطالعه Shih و Honey نشان داد که تجربه بیماران از مراقبت همودیالیز شامل مفاهیم اساسی مواجهه با ترس، استرس ناشی از دیالیز شدن، یادگیری، تطابق، تغییر نگرش‌ها و نیازهای شخصی بود (۹).

چالش‌های کلیدی در ارائه این مراقبت‌ها شامل حفظ مدل مراقبتی و ارزیابی نتایج آن است (۷). ارزیابی مراقبت‌های پرستاری از طریق مرور متون و کسب دیدگاه افراد ماهر امکان‌پذیر می‌باشد (۱۰). Lloyd و Bonner اعتقاد دارند که توانایی اخذ اطلاعات پیرامون مراقبت‌های ارائه شده توسط پرستاران، منبع اطلاعاتی مفیدی است که این اطلاعات بالینی و آن منابع اطلاعاتی، امکان شناسایی دانش اساسی در مراقبت‌های پرستاری بالینی از بیماران کلیوی را فراهم می‌نماید (۱۱). نتایج مطالعه Bristowe و همکاران نیز نشان دهنده نیاز به درک نگرانی‌های بیماران کلیوی پیرامون برنامه‌های مراقبتی درمانی و تصمیم‌گیری‌ها می‌باشد (۲).

شواهد نشان می‌دهد که بیماران کلیوی، رنج حاصل از علایم آزار دهنده و ناتوانی‌های متعددی را تجربه می‌کنند. بنابراین، فراهم نمودن مراقبت‌های پرستاری مطلوب برای آنان ضروری به نظر می‌رسد (۱۰). ارائه مراقبت پرستاری مطلوب برای این بیماران، از طریق افزایش آگاهی از دیدگاه بیماران، مهارت‌های مدیریت چالش‌ها، محیط ایمن و پیگیری تجارب آنان امکان‌پذیر می‌باشد (۲). از طرف دیگر، بهبود فرایند مراقبت پرستاری، فرصت‌های مناسبی را برای اصلاح این مراقبت‌ها و پیشگیری از اثرات ناخواسته فراهم می‌نماید (۱۲). Costantini معتقد است که مطالعه در زمینه تجارب، نگرش‌ها، ارزش‌ها و نگرانی‌های بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه در رابطه با برنامه مراقبتی درمانی، نتایج مراقبت‌های پرستاری را بهبود می‌دهد. بررسی مراقبت‌های پرستاری از طریق تحقیقات کمی و کیفی، می‌تواند مراقبت از این مددجویان را ارتقا دهد. بنابراین، ضرورت انجام تحقیقات پیرامون مراقبت‌های پرستاری آن‌ها، مورد تأکید قرار گرفته است (۱۳). وابستگی مستمر این بیماران به همودیالیز و مراقبت‌های پرستاری، از یک سو و از سوی دیگر، ابعاد پیچیده، گوناگون و متمایز همودیالیز، نیز بر ضرورت انجام پژوهش در این زمینه می‌افزاید (۱۴).

شواهد نشان داده است که تحقیق پیرامون مراقبت‌های پرستاری در این بیماران، محدود است (۱۵). همچنین، در مطالعه‌ای مراقبت از بیماران کلیوی، زیر حد استاندارد گزارش گردید (۱۶). مطالعاتی که تاکنون در ایران در زمینه همودیالیز انجام شده است، بیشتر به بررسی کیفیت زندگی این بیماران (۱۷)، عوامل محیطی بازدارنده راحتی بیماران حین همودیالیز (۱۸) و سازگاری آنان (۱۹) پرداخته‌اند که بسیار اندک هستند و تاکنون مطالعه‌ای در زمینه تبیین مراقبت‌های پرستاری بیماران تحت همودیالیز ارائه نشده است. از آنجا که توصیف و تبیین تجارب بیماران تحت درمان با همودیالیز، به درک نیازها و بهبود مراقبت‌های پرستاری از آنان منجر خواهد شد (۲۰) و با توجه به این که تجارب بیماران تحت همودیالیز و کارکنان درمانی پیرامون مراقبت‌های پرستاری، حاصل سالیان متمادی زندگی بیمار با نارسایی مزمن کلیه و درمان با

درمان با همودیالیز که از نظر سن، مدت ابتلا، شدت و علت بیماری در درجات مختلفی قرار داشتند و در شیفت‌های مختلف دیالیز می‌شدند، به عنوان مشارکت کنندگان پژوهش انتخاب گردیدند. اطلاعات فردی مشارکت کنندگان شامل سن، جنس، تحصیلات، شغل، وضعیت تأهل، تعداد فرزندان، مدت زمانی که از شروع بیماری و نیاز به دیالیز می‌گذشت، ثبت شد. در طول تحقیق، ۲۰ شرکت کننده شامل ۸ بیمار، ۷ پرستار، ۳ مراقب و ۲ پزشک شرکت نمودند.

پس از کسب موافقت و رضایت‌نامه آگاهانه و کتبی از مشارکت کنندگان، نمونه‌ها به صورت فردی مورد مصاحبه عمیق قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه نیمه ساختار یافته، یادداشت‌های عرصه و دست‌نوشته‌ها استفاده شد. محور سؤالات مصاحبه، مراقبت‌های پرستاری در بیماران تحت همودیالیز بود. هر یک از مصاحبه‌ها با سؤال باز «لطفاً در مورد مراقبت‌های پرستاری صحبت کنید» آغاز شد. سؤالات پیگیری کننده جهت روشن‌تر شدن مفهوم مورد مطالعه، بر اساس اطلاعاتی که مشارکت کنندگان ارائه می‌کردند، مطرح گردید. بر اساس طبقات استخراج شده، سؤالات مصاحبه‌های بعدی تنظیم می‌شد. از سؤالات کاوشی مانند «می‌توانید بیشتر توضیح بدهید؟» یا «یک مثال بزنید» برای تشویق مشارکت کنندگان و به منظور دستیابی به اطلاعات عمیق‌تر استفاده می‌شد. مصاحبه‌ها بین ۴۰ تا ۸۵ دقیقه به طول انجامید. محل انجام مصاحبه‌ها، اتاقی در بخش کلینیک درمانگاه بیمارستان، جنب بخش دیالیز انتخاب شد که کوتاه‌ترین مسافت ممکن را نسبت به بخش همودیالیز داشت و مشارکت کنندگان در آن از لحاظ شرایط فیزیکی، دما، بو، تهویه و نور در آسایش بودند. در زمان انجام مصاحبه‌ها، فقط پژوهشگر و مشارکت کننده در اتاق حضور داشتند.

جمع‌آوری و آنالیز اطلاعات هم‌زمان صورت می‌گرفت. تجزیه و تحلیل داده‌ها به روش تحلیل محتوا و بر اساس پنج گام Graneheim و Lundman شامل «مکتوب کردن کل مصاحبه بلافاصله بعد از انجام هر مصاحبه، خواندن کل متن مصاحبه برای رسیدن به درک کلی از محتوای آن، تعیین واحدهای معنایی و کدهای اولیه، طبقه‌بندی کدهای اولیه

همودیالیز و تجارب ارزشمند کارکنان درمانی است که مراقبت از این بیماران را بر عهده داشته‌اند، لزوم تبیین دیدگاه بیماران تحت همودیالیز و کارکنان درمانی پیرامون مراقبت‌های پرستاری ضروری به نظر می‌رسد. اگرچه یافته‌های پژوهشی، اهمیت عملکرد پرستاران نفرولوژی در برنامه‌ریزی مراقبتی بیمار و حمایت از مشارکت آنان در جریان مراقبت از بیمار را نشان می‌دهد (۸)، اما نقش‌های پرستاران در مراقبت از بیماران تحت همودیالیز با چالش‌هایی روبه‌رو است. بنابراین، جالب و باارزش است که به منظور دستیابی به مراقبت‌های پرستاری مؤثر و با کیفیت بالا در این بیماران، مراقبت از آنان مورد بررسی قرار گیرد (۲۱).

تحلیل محتوای کیفی به منظور استخراج مضامین اصلی و کشف الگوهای موجود در داده‌ها انجام می‌گیرد و تحلیل محتوای قراردادی (Conventional content analysis) با استخراج محتوای عینی بیش از آنچه در داده‌های متنی نوشته شده است، درون‌مایه‌ها و الگوهای آشکار و پنهان را از محتوای داده‌های مشارکت کنندگان ایجاد می‌کند (۲۲). هدف از انجام مطالعه حاضر، تبیین تجارب بیماران تحت همودیالیز و کارکنان درمانی پیرامون مراقبت‌های پرستاری با رویکرد تحلیل محتوای قراردادی بود.

روش

در این مطالعه از روش تحلیل محتوای قراردادی استفاده شد. تحلیل محتوای قراردادی روش مناسبی برای به دست آوردن نتایج معتبر و پایا از داده‌های متنی جهت ایجاد دانش، بینش جدید، ارائه حقایق و راهنمای عملی برای عملکرد است (۲۳). محیط پژوهش، بخش همودیالیز بیمارستان کوثر سمنان بود. جامعه مورد بررسی را بیماران تحت درمان با همودیالیز، مراقبان، پرستاران و پزشکان آن‌ها تشکیل دادند. مشارکت کنندگان به صورت نمونه‌گیری هدفمند (Purposeful)، از افرادی که تجربه غنی از موضوع و تمایل به مشارکت در مطالعه را داشتند، انتخاب شدند. نمونه‌گیری تا زمان اشباع داده‌ها و طبقات ادامه یافت (۲۴). با توجه به اصل حداکثر تنوع (Maximum variation) در نمونه‌گیری، بیماران تحت

«وابستگی / استقلال» انتزاع شد (شکل ۱).

جدول ۱. مشخصات دموگرافیک مشارکت کنندگان

متغیر	حداکثر - حداقل	میانگین
سن (سال)		
بیماران	۴۰-۷۵	۵۱/۳۷
پرستاران	۳۷-۶۰	۴۵/۵۰
پزشکان	۵۰-۴۵	۴۷/۵۰
مراقبان بیمار	۲۴-۸۴	۵۰/۷۳
جنس		
بیماران	۳ مرد و ۵ زن	
پرستاران	۲ مرد و ۵ زن	
پزشکان	۱ مرد و ۱ زن	
مراقبان بیمار	۳ مرد	
تحصیلات		
بیماران	۵ نفر ابتدایی، ۱ نفر متوسطه و ۲ نفر دیپلم	
پرستاران	۷ نفر کارشناس	
پزشکان	۱ نفر فوق تخصص و ۱ نفر متخصص	
مراقبان بیمار	۱ ابتدایی، ۲ دیپلم	
شغل		
بیماران	۵ نفر خانه‌دار، ۲ نفر بیکار و ۱ نفر بازنشسته	
پرستاران	سرپرستار و پرستار	
پزشکان	پزشک	
مراقبان بیمار	۲ بازنشسته و ۱ کارگر	
مدت دیالیز (سال)		۹/۳۷
بیماران	۳-۲۱	
تأهل		
بیماران	۶ نفر متأهل، ۱ نفر مجرد و ۱ نفر همسر فوت کرده	
پرستاران	۴ نفر متأهل، ۲ نفر مجرد و ۱ نفر مطلقه	
پزشکان	۲ نفر متأهل	
مراقبان بیمار	۲ نفر متأهل و ۱ نفر مجرد	
تعداد فرزند		
بیماران	۲-۸	۳/۲۵
پرستاران	۱-۲	۱/۸۰
پزشکان	۲	۲/۰۰
مراقبان بیمار	۴-۸	۴/۰۰

مراقبت‌های تسکینی

یکی از درون‌مایه‌های اصلی مطالعه، مراقبت‌های تسکینی

مشابه در طبقات جامع‌تر و تعیین محتوای نهفته در داده‌ها صورت گرفت (۲۳).

به منظور تعیین اعتباربخشی داده‌ها (Rigour)، از معیارهای Lincoln و Guba استفاده شد. درگیری طولانی مدت محقق (Prolonged engagement)، مشارکت کافی و تعامل مناسب با مشارکت کنندگان، با تلفیق اطلاعات از منابع متعدد و بررسی داده‌ها توسط مشارکت کنندگان (Member check)، به افزایش مقبولیت داده‌ها (Credibility) کمک نمود. اطمینان (Dependability) یا ثبات یافته‌ها با نسخه‌نویسی در اسرع وقت، استفاده از نظرات همکاران (External check) و مطالعه مجدد کل داده‌ها فراهم گردید. از تلفیق زمانی (Time triangulation) و تنوع نمونه‌گیری در شرکت کنندگان استفاده شد که اعتبار داده‌ها را افزایش داد و منجر به تأییدپذیری داده‌ها (Confirmability) شد. همچنین، قابلیت تعیین - تأیید با رعایت بی‌طرفی محقق، توافق روی کدها و درون‌مایه‌ها، بررسی متن مصاحبه‌ها، کدها و طبقات استخراج شده توسط دو نفر از اعضای هیأت علمی (Peer check) مورد تأیید قرار گرفت. قابلیت انتقال (Transferability) یا تناسب (Fittingness) از طریق ارایه نقل قول‌های مستقیم و مثال‌ها، تبیین غنی داده‌ها و مشاوره‌های علمی با استادان صاحب‌نظر امکان‌پذیر گردید (۲۵).

تمام مشارکت کنندگان رضایت‌نامه آگاهانه برای شرکت در مطالعه را تکمیل کردند. رعایت اصل رازداری، محرمانه بودن اطلاعات و نام مشارکت کنندگان و حفظ حق کناره‌گیری از مشارکت در پژوهش، از جمله نکات اخلاقی بود.

یافته‌ها

مشخصات دموگرافیک مشارکت کنندگان در جدول ۱ ارایه شده است.

با تجزیه و تحلیل یافته‌ها، درون‌مایه‌های اصلی «مراقبت‌های تسکینی و مراقبت مبتنی بر مدیریت فردی» به دست آمد. مراقبت‌های تسکینی از چهار طبقه «عوامل تنش‌زای دیالیز، برنامه درمانی، تعامل با سایرین و آماده‌سازی» و مراقبت مبتنی بر مدیریت فردی با طبقه

مشکلات ناشی از تشکیل لخته و ایجاد آنوریسم در ناحیه فیستول و از طرف دیگر، سوزن‌های بزرگ و ضخیم دیالیز و گاه پرستاران تازه‌کار که توانمندی لازم برای زدن سوزن‌ها را نداشتند، بیماران را با درد، ترس و اضطراب، از دست دادن خون و مهم‌تر از این احتمال خراب شدن فیستول روبه‌رو می‌کرد. «یکی از مشکلات عمده بیماران، رگ‌گیری‌شان است. پرستارها تو رگ‌گیری مشکل دارند و این معضل مهمی است» (پزشک ۱).

ضرورت پایش

شرکت کنندگان مطرح می‌کردند که پرستار در مدت همودیالیز باید بر بالین آن‌ها حضور داشته باشد و از آنان در برابر خطرات احتمالی محافظت نماید. «من نمی‌توانم ببینم، اما پرستارها باید بیان و حین دیالیز به ما سر بزنند» (بیمار ۴).

عوارض حین همودیالیز

ترس و اضطراب ناشی از احتمال بروز عوارض در هر لحظه از مراقبت همودیالیز با بیمار بود؛ به خصوص زمانی که پرستاران تازه‌کار بودند و بیماران نسبت به توانمندی آنان در پیشگیری و کنترل عوارض شک داشتند. «گر ما زیر دیالیز بمیریم، پرستار متوجه نمی‌شه که یا قند پایین افتاده یا سدیم می‌خواهیم... فکر می‌کنه که این حالت‌ها عادی است» (بیمار ۵).

برنامه درمانی: مشارکت کنندگان بیان نمودند که هر بیمار بر اساس شرایط، نتایج آزمایش‌ها، سیر بیماری و بیماری‌های زمینه‌ای به برنامه درمانی اختصاصی نیاز دارد که از بیمار در مقابل علائم و عوارض احتمالی، محافظت و پیشگیری نماید. «شش ماه از زمان شروع دیالیزم گذشت تا من دانستم بدن من به این دارویی که دکتر به من داده، نیاز داره و باید آن را بخورم» (بیمار ۱).

تعامل با سایرین: تعامل با سایرین، حس اجتماعی بودن را تحریک می‌کرد و ابراز وجود، اعتماد به نفس و ارزشمندی را برای بیمار به همراه داشت.

اعضای گروه درمانی

بیماران تحت همودیالیز هر هفته سه بار و هر بار به مدت چهار ساعت تحت همودیالیز قرار می‌گیرند، حتی ممکن است نیاز به دیالیز اورژانسی و بستری شدن داشته باشند. بنابراین،

بود. مراقبت‌های پرستاری از بیماران تحت همودیالیز جنبه تسکینی دارد. مشارکت کنندگان نسبت به شرایط مزمن بیماران تحت همودیالیز واقف بودند و بیان می‌کردند که درمان همودیالیز جنبه بهبودی ندارد، فاقد التیام و شفابخشی است، اما ضامن زندگی بیماران می‌باشد.



شکل ۱. دیدگاه بیماران تحت همودیالیز و کارکنان درمانی پیرامون مراقبت‌های پرستاری

«این مریض‌ها در مرحله انتهایی بیماری کلیوی هستند و چند تا بیماری زمینه‌ای هم دارند. به دلیل سابقه طولانی مدت بیماری زمینه‌ای دیالیزی شدند؛ حالا یا دیابت داشتند یا سابقه فشار خون بالا... اکثر سنشون بالاست، میان دیالیز می‌شن و می‌رن، کاری برای آن‌ها نمی‌شه کرد» (پرستار ۷).

عوامل تنش‌زای دیالیز: یکی از طبقات مراقبت تسکینی، عوامل تنش‌زای دیالیز بود. مراقبت پرستاری همودیالیز، برای بیماران سخت و تنش‌زا، اما ضروری می‌باشد. این طبقه شامل سه زیرطبقه «سوزن‌های دیالیز، ضرورت پایش و عوارض حین همودیالیز» بود. «هر هفته باید ۱۲ ساعت دیالیز بشن، اگر تو هفته مشکلی پیش بیاد که نخواهی بیایی، برای بیمار مشکل ایجاد می‌شه... نفسش تنگ می‌شه» (مراقب بیمار ۳).

سوزن‌های دیالیز

اغلب بیماران دارای فیستول شریانی وریدی بودند. آن‌ها هفته‌ای سه بار به بخش همودیالیز مراجعه می‌کردند و نیازمند دیالیز بودند. ابتلا به بیماری دیابت، شکنندگی عروق،

باورها و عقاید

آنچه زمینه را برای ارزیابی مراقبت‌های تسکینی و مراقبت مبتنی بر مدیریت فردی فراهم می‌کرد، باور و عقاید بیمار نسبت به پذیرش بیماری و ضرورت انجام همودیالیز بود. «مریض بطری چهار لیتری نوشابه، سم را می‌خورد. آمیوه می‌خورد... سم، دستگاه همه این چیزها را نمی‌کشد... دستگاه اوره، پتاسیم، سدیم و قند، اون هم در یک حد مخصوصی رو می‌تونه بکشد، آدم دیالیزی که نمی‌تونه همه چیز بخوره» (بیمار ۵).

کسب دانش

پرستاران نقش اساسی را در ارزیابی آموزش به بیماران بر عهده داشتند. «گر به مریض آموزش لازم داده بشه، صحبت‌های علمی اما به زبان ساده... تا اگر بیمار بی‌سواد است، پرستار بتواند او را برای ادامه زندگی آماده بکنه» (پرستار ۶).

مراقبت مبتنی بر مدیریت فردی

پرستاران نقش مهمی در رساندن بیمار به رفتارهای مدیریت فردی و حفظ استقلال آنان برعهده دارند. بیماران نیز باید برای دستیابی به رفتارهای مدیریت فردی تلاش نمایند. این درون‌مایه از طبقه وابستگی / استقلال انتزاع شد. «مریض دیالیزی بعد از دو ماه که از دیالیزش گذشت، باید خودش دکتر خودش باشه، هر غذایی که جلوش می‌گذارند، اگر می‌بینه برای او ضرر داره، نخوره... من جاهای عمومی نهرم، مخصوصا در این فصل (بهار)؛ حتی مسجد هم نمی‌رم. اگر ده نفر بیان که سالم باشند، مسلم بدان که نفر یازدهم مریض است. اگر یه موقع یه جایی که عمومی است، باید برم، صد درصد ماسک را باید بزنم. اگر با کسی دست بدم، دستکش زمستونی و تابستانی دارم» (بیمار ۱).

وابستگی / استقلال

وابستگی / استقلال از طبقه رفتارهای مدیریت فردی بود. بیماران در طیفی که از وابستگی تا استقلال ادامه داشت، قرار گرفتند. این طبقه شامل دو زیرطبقه «غفلت و انکار / تلاش و پذیرش و پیروی از برنامه درمانی» بود. «مراقبت از ایشون خیلی سخته؛ چون دو سه بار زمین خوردند، دیابت دارند، دپشون خوب نیست... روزی چند بار با ویلچر اون را

تعاملات بیمار با اعضای گروه مراقبتی به خصوص پرستاران بخش همودیالیز ارزشمند بود. «من این قدر با این پرستارها احساس راحتی می‌کنم که هر مشکلی تو خونه داشته باشم، میام به این‌ها می‌گم» (بیمار ۶).

اعضای خانواده

بیماران تحت همودیالیز علاقه داشتند تا با اعضای خانواده تعاملات خود را حفظ نمایند و مورد حمایت آنان قرار گیرند. در امور منزل به آنان کمک کنند و با دلسوزی مراقب امور درمانی همودیالیز مانند جلسات دیالیز، مصرف دارو، رژیم غذایی و رعایت بهداشت آن‌ها باشند. «شوهرم که فوت کرده و نیست که بخواده به من کمک کنه... مادرم میاد کمک می‌کنه، دخترم هم منو حمام می‌بره» (بیمار ۸).

همتایان، مسؤلان، خیرین و جامعه

اغلب بیماران تحت دیالیز با یکدیگر ارتباط برقرار می‌کردند و تجارب خود را در اختیار سایر بیماران قرار می‌دادند و از تجارب آنان نیز استفاده می‌نمودند. «امروز بیماری از من پرسید این مشکل را دارم، شما می‌گی چکار کنم؟ گفتم می‌گم... به شرطی که عمل کنی خوب می‌شی» (بیمار ۱).

تعاملات اجتماعی، حمایت‌های مسؤلان و افراد جامعه، برای بیماران و خانواده‌شان بسیار ارزشمند بود. «باید به بیماران مبتلا به بیماری‌های خاص بیشتر برسند، ما به رسیدگی بیشتری نیازمندیم» (بیمار ۴).

آماده‌سازی: مشارکت کنندگان مطرح کردند که مراقبت‌های پرستاری بیمار زمانی مطلوب خواهد بود که بیمار به بیماری خود و نیاز به این مراقبت‌ها باور داشته باشد و بر اساس توانایی‌های خود در دریافت اطلاعات و انجام آن مراقبت‌ها تلاش کند. «من خیلی علاقمند به یادگیری پیرامون نارسایی کلیه هستم، خیلی کتاب و سی‌دی دارم، اطلاعاتم زیاد است» (بیمار ۷).

توانایی‌های بیمار

یکی از زیرطبقات آماده‌سازی بیماران، توجه به توانایی بیمار بود. بیمارانی که از توانایی بیشتری برخوردار بودند، آمادگی بیشتری برای مراقبت‌های تسکینی و مراقبت مبتنی بر مدیریت فردی داشتند.

برطرف شدن علایم بیماری اهمیت دارد (۲۸). منافع حاصل از مراقبت‌های تسکینی کلیوی برای بیماران تأکید شده است (۲۹). از آن‌جا که نارسایی مزمن کلیه، با محدودیت در انتظارات زندگی، ناتوانی بالا و تجربه درماندگی ناشی از تحمل علایم قابل توجه همراه است، هدف مراقبت‌های تسکینی، دستیابی به کیفیت زندگی مطلوب برای بیماران و خانواده آنان از طریق بررسی و مدیریت نیازها و مشکلات جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی می‌باشد (۲۸).

مراقبت‌های تسکینی و حمایتی اثربخش، بیمار محور (۲۶) و نیازمند کاستن از رنج بیماران، خانواده و فراهم کنندگان مراقبت سلامت می‌باشد (۳۰). در مطالعه‌ای که به منظور تبیین درک و تجربه بیماران از رفتارهای مراقبتی پرستاران در تأمین راحتی حین همودیالیز و با روش کیفی و رویکرد آنالیز محتوا انجام شد، درون‌مایه‌های اصلی استخراج شده از داده‌ها «درک نیازهای مراقبتی- انسانی بیمار» بود. طبقات اصلی نیز از «حضور و پایش بیمار، داشتن روابط انسانی، برخورداری از مسؤولیت حرفه‌ای و برخورداری از دانش و پختگی و چابکی در کار» تشکیل شد (۳۱).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که یکی از طبقات مراقبت‌های تسکینی، عوامل تنش‌زای دیالیز بود. سوزن‌های دیالیز، ضرورت پایش و توجه به عوارض حین همودیالیز از تنش‌زاهای مطرح شده توسط مشارکت کنندگان بودند. Fassett و همکاران در پژوهش خود بر نیاز به فراهم نمودن راهنماها و ابزارها جهت توانمندی افراد بالینی در دستیابی به اهداف مراقبت درمانی در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه تأکید کردند (۳۰). نتایج تحقیق Haras نیز فقدان مراقبت مستقیم و تسکینی پیشرفته در بیماران مراحل انتهایی بیماری کلیوی را مطرح و در رابطه به نقش پرستاران در آرایه این مراقبت‌ها تأکید نمود (۳۲). استاندارد مراقبت، بر نیازهای بیماران و خواسته‌های خانواده آن‌ها در فرایند تصمیم‌گیری برای برنامه‌های مراقبتی تأکید می‌نماید. علاوه بر این، دسترسی به مراقبت‌های تسکینی باید به منظور دستیابی به استقلال و بر اساس نیازهای بالینی بیماران باشد. در مراقبت‌های تسکینی، باید بر کنترل مناسب علایم که در

دستشویی می‌برم، خودم تمیزشون می‌کنم» (مراقب بیمار ۲).
«خدا را شکر که شرایط من خوب است، حتی ۹۰ درصد رفت و آمدهای من به بخش دیالیز چه سمنان و چه تهران با خودم است... به خانواده‌ام زیاد سختی نمی‌رسونم» (بیمار ۷).

غفلت و انکار/ تلاش و پذیرش

برخی از بیماران حتی با گرفتن اطلاعات مورد نیاز، تمایلی به رعایت اصول مراقبت از خود نداشتند. آن‌ها آموزش‌های غذایی را به صورت صحیح رعایت نمی‌کردند. «من هرچه برسه، می‌خورم. آن‌جوری که باید پرهیز بکنم، نمی‌تونم. الآن اگر خامه نباشه، نمی‌تونم صبحانه بخورم... به من می‌گویند لبنیات استفاده نکن، چه جوری استفاده نکنم، شکمو هستم. غذایی که روغن یا هر چیز دیگری کم داشته باشه، نمی‌تونم بخورم» (بیمار ۴).

پیروی از برنامه درمانی

اغلب بیماران تحت دیالیز با اخذ اطلاعات لازم پیرامون چگونگی رفتارهای مدیریت فردی، به پیروی از برنامه درمانی پایبند بودند. «هیچ وقت از غذای بچه‌هام نمی‌خورم... آن‌ها نمک می‌خورن، سیب‌زمینی سرخ کرده و سوسیس می‌خورن، من نباید سرخ کردنی بخورم، باید گوشت آب‌پز بخورم... من مجبورم این‌جوری بخورم» (بیمار ۶).

بحث

درون‌مایه‌های اصلی مراقبت‌های پرستاری در بیماران تحت همودیالیز شامل «مراقبت‌های تسکینی و مراقبت مبتنی بر مدیریت فردی» بود. مراقبت‌های تسکینی از چهار طبقه «عوامل تنش‌زای دیالیز، برنامه درمانی، تعامل با سایرین و آماده‌سازی» و مراقبت مبتنی بر مدیریت فردی از طبقه «وابستگی/ استقلال» تشکیل شد. مراقبت‌های تسکینی در مبتلایان به نارسایی مزمن کلیه، می‌تواند شامل حیطه‌های مختلف مدیریت علایم، برنامه‌ریزی مراقبت پیشرفته، فراهم نمودن حمایت روانی و آموزش بیمار و خانواده باشد (۲۶). عدم درک مفهوم مراقبت‌های تسکینی، سدی در مدیریت معمول مراحل انتهایی بیماری کلیه محسوب می‌شود (۲۷). مراقبت‌های تسکینی از زمان تشخیص نارسایی مزمن کلیه تا

آماده‌سازی بود. Lethuillier بیان کرد که پرستاران نقش بسیار مهمی در پیروی بیماران تحت دیالیز دارند. آنان آموزش‌ها را بر اساس نیاز بیماران و مهارت‌های بین فردی ارائه می‌نمایند و در زمینه پیروی از داروهای تجویز شده مورد تشویق قرار می‌دهند (۳۸). Wang و Chiou نیز نتیجه‌گیری کردند که در مراقبت از بیماران تحت همودیالیز، مراقبت کنندگان با فراهم نمودن آموزش‌های بهداشتی که منجر به ارتقای خودمراقبتی می‌گردد، می‌توانند به ارتقای کیفیت زندگی بیماران کمک نمایند (۳۹).

یکی از درون‌مایه‌های اصلی مطالعه حاضر، مراقبت مبتنی بر مدیریت فردی بود. مراقبت مبتنی بر مدیریت فردی شامل خودمراقبتی، مشارکت، مهارت‌های حل مشکل و مدیریت هیجانات می‌باشد. دانش، خودکارآمدی، حمایت اجتماعی و افسردگی از جمله مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر رفتارهای مدیریت فردی به شمار می‌روند (۴۰). دانش بیماران تحت همودیالیز نقش مهمی در رفتارهای مدیریت فردی آن‌ها و بهبود اثرات مراقبتی دارد (۴۱). طبق تئوری Orem، خودمراقبتی فعالیت‌هایی برای حفاظت از زندگی، سلامتی و شرایط رفاهی می‌باشد. وی معتقد است، افراد دارای توانایی خودمراقبتی هستند و پرستاران باید بر این توانمندی تأکید نمایند. پرستاران توانایی ارتقای خودمراقبتی در بیماران تحت همودیالیز را دارند. همچنان که پرستاران مراقبت‌های مستقیم از بیماران تحت همودیالیز را فراهم می‌نمایند، می‌توانند با فراهم نمودن شرایط و فرصت‌های آموزشی، استراتژی‌های خودمراقبتی را ارتقا بخشند و با تغییرات سبک زندگی، اثرات مطلوبی را بر کیفیت زندگی بیماران ایجاد نمایند (۴۲).

Curtin و همکاران گزارش نمودند که خودمراقبتی با اثرات مثبت و منافع طولانی مدت برای بیمار همراه است، اما اطلاعات بسیار کمی پیرامون خودمراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه وجود دارد (۴۳). سیدرسولی و همکاران به این نتیجه رسیدند که مداخلات ارتقا دهنده ادراک بیماری، منجر به ارتقای برخی ابعاد تبعیت از درمان در بیماران تحت همودیالیز می‌شود. البته با توجه به کمبود متون پژوهشی، نیاز به مطالعات بیشتری در این زمینه وجود دارد (۴۴). نتایج

برخی از مطالعات در مراحل انتهایی نارسایی کلیه، کمتر مورد توجه قرار گرفته است، تأکید گردد (۳۰). بنابراین، درک و توجه پرستاران به نیازهای مراقبتی بیماران و چگونگی رفتار با آنان به منظور فراهم آوردن بستر مناسبی جهت انجام اقدامات حمایتی، نقش بسزایی در راحتی بیماران حین دیالیز خواهد داشت (۳۱).

یکی از طبقات مراقبت‌های تسکینی در مطالعه حاضر، برنامه درمانی بود. پرستاران، فراهم کنندگان اصلی مراقبت‌های پیشرفته هستند (۲۶). در نتایج پژوهش‌های Holley، مدیریت مراقبت‌های تسکینی در مراحل انتهایی نارسایی کلیه با تأکید بر برنامه‌ریزی مراقبت پیشرفته گزارش شد (۳۳، ۳۴). برنامه‌ریزی مراقبت پیشرفته، فرایندی پویا و نیازمند درک بیماران، زندگی و خانواده آن‌هاست و قبل از بحث پیرامون اولویت‌ها و ترجیحات آنان برای مراقبت مطرح می‌شود (۳۵). اگرچه مطالعات معدودی اثرات برنامه‌های مراقبتی در این بیماران را مورد بررسی قرار داده‌اند، اما برنامه‌های مراقبتی آن‌ها، به حداکثر استفاده از سطوح مختلف مهارتی پرستاران و بهره‌مندی از منابع موجود کمک می‌کند و با اثرات مثبت همراه خواهد بود (۳۶). Siegler و همکاران بیان کردند که در مراقبت‌های تسکینی، ارتباط و برنامه‌ریزی نامناسب برای این بیماران، رنج آنان را افزایش می‌دهد (۳۷).

تعامل با سایرین، یکی از طبقات مراقبت‌های تسکینی بود. بیمار باید از جنبه‌های مختلف پزشکی و عاطفی مورد حمایت قرار گیرد و علایم او باید تفسیر و گزارش شود. مراقبان با ارائه دهندگان مراقبت ارتباط برقرار نمایند و از آنان به عنوان منابع اطلاعات جدید، بهره‌مند گردند. Lethuillier اظهار داشت: «این نکته بسیار اساسی است که پرستاران، بیماران را در زندگی روزمره مورد پایش قرار دهند و از آنان حمایت نمایند» (۳۸). برخی از مراکز دیالیز حمایت مطلوبی برای بیمار و خانواده در انتقال به همودیالیز فراهم نموده‌اند (۲۶). Fassett و همکاران نیز نیاز واقعی برای آموزش‌ها و حمایت در برنامه‌ریزی مراقبت‌های تسکینی برای این گروه از بیماران را مطرح کردند (۳۰).

یکی از طبقات درون‌مایه اصلی مراقبت‌های تسکینی،

یک سو به ارتقای سلامتی این بیماران منجر می‌گردد، توانایی آنان را در خودمراقبتی افزایش می‌دهد و کیفیت زندگی و رضایتمندی این گروه از بیماران مزمن از محیط درمانی بخش همودیالیز و سیستم بهداشتی- درمانی را ارتقا می‌بخشد و از سوی دیگر، باعث ارتقای حرفه پرستاری می‌شود. بنابراین، انجام تحقیقات بعدی در این زمینه ضروری به نظر می‌رسد.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر حاصل طرح پژوهشی مصوب به شماره ۶۲۱ مورخ ۱۳۹۳/۱/۲۵ و جلسه کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی سمنان به شماره ۹۲/۴۲۰۷۴۱ در تاریخ ۱۳۹۲/۱۲/۲۵ می‌باشد. از معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی سمنان که اجرا و هزینه‌های این طرح را مورد حمایت قرار دادند، سپاسگزاری می‌گردد. همچنین، از بیماران و مراقبان آن‌ها، پرستاران، پزشکان بخش مراقبت ویژه همودیالیز و مسؤول درمانگاه بیمارستان کوثر سمنان، صمیمانه تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

تحقیق Wang و Chiou نشان داد که بیماران تحت همودیالیز، دانش کمی در رابطه با خودمراقبتی دارند و رفتارهای مدیریت فردی آنان ضعیف و ناتوان است (۳۹). یافته‌های مطالعه Huang و همکاران نیز گزارش نمود، بیمارانی که آموزش‌های فردی را دریافت می‌کردند، رفتارهای خودمراقبتی بیشتری داشتند (۴۵). پایبندی به برنامه درمانی، باعث حفظ زندگی بیماران تحت دیالیز می‌شود (۳۶). ترجیحات و اولویت‌های بیماران تحت همودیالیز به منظور دستیابی به بهترین مراقبت‌های تسکینی، حمایتی و خودمراقبتی، نیاز به انجام پژوهش‌های گوناگونی دارد (۲۶).

نتیجه‌گیری

مراقبت‌های پرستاری تسکینی و رفتارهای مدیریت فردی در بیماران تحت همودیالیز، فرایند ویژه، منحصر به فرد، پیچیده و پویایی است. درک چگونگی تجارب بیماران، پرستاران را جهت فراهم نمودن مراقبت مناسب‌تر و حمایتی قادر می‌سازد و منجر به بهبود کیفیت مراقبت‌های پرستاری همودیالیز خواهد شد که از

References

1. Douglas CA. Palliative care for patients with advance chronic kidney disease. J R Coll Physicians Edinb 2014; 44(3): 224-31.
2. Bristowe K, Shepherd K, Bryan L, Brown H, Carey I, Matthews B, et al. The development and piloting of the REal specific Advanced Communication Training (REACT) programme to improve Advance Care Planning for renal patients. Palliat Med 2014; 28(4): 360-6.
3. da Silva-Gane M, Farrington K. Supportive care in advanced kidney disease: patient attitudes and expectations. J Ren Care 2014; 40(Suppl 1): 30-5.
4. Karkar A. Modalities of hemodialysis: quality improvement. Saudi J Kidney Dis Transpl 2012; 23(6): 1145-61.
5. Merrill D, Asif A, Roth D, O'Nan P, Groenhoff C, Hogan R, et al. Nephrology nurses in a new role: diagnostic and interventional nephrology. Nephrol Nurs J 2004; 31(4): 390-6.
6. Neyhart CD. A multidisciplinary renal osteoporosis clinic: a new role for the nephrology nurse. Nephrol Nurs J 2000; 27(3): 276-7.
7. Harwood L, Lawrence-Murphy JA, Ridley J, Malek P, Boyle L, White S. Implementation challenges of a renal nursing professional practice model. Nephrol Nurs J 2003; 30(5): 503-10, 515.
8. Beanlands H, Horsburgh ME, Fox S, Howe A, Locking-Cusolito H, Pare K, et al. Caregiving by family and friends of adults receiving dialysis. Nephrol Nurs J 2005; 32(6): 621-31.
9. Shih LC, Honey M. The impact of dialysis on rurality based Maori and their whanau/families. Nurs Prax N Z 2011; 27(2): 4-15.
10. Young S. Rethinking and integrating nephrology palliative care: a nephrology nursing perspective. CANNT J 2009; 19(1): 36-44.
11. Bonner A, Lloyd A. What information counts at the moment of practice? Information practices of renal nurses. J Adv Nurs 2011; 67(6): 1213-21.
12. Thomas A. Patient safety in hemodialysis care delivery--a commentary. CANNT J 2011; 21(3): 24-5.

13. Costantini L. Compliance, adherence, and self-management: is a paradigm shift possible for chronic kidney disease clients? *CANNT J* 2006; 16(4): 22-6.
14. Martin-McDonald K. Being dialysis-dependent: a qualitative perspective. *Collegian* 2003; 10(2): 29-33.
15. Lockett T, Sellars M, Tieman J, Pollock CA, Silvester W, Butow PN, et al. Advance care planning for adults with CKD: a systematic integrative review. *Am J Kidney Dis* 2014; 63(5): 761-70.
16. Compton A, Provenzano R, Johnson CA. The nephrology nurse's role in improved care of patients with chronic kidney disease. *Nephrol Nurs J* 2002; 29(4): 331-6.
17. Rambod M, Rafii F, Hosseini F. Quality of life in patients with end stage renal disease. *Hayat* 2008; 14(2): 51-61. [In Persian].
18. Borzou R, Anosheh M, Mohammadi E, Kazemnejad A. Environmental barriers of the hemodialysis patient's comfort: a qualitative study. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac* 2013; 21(4): 12-21. [In Persian].
19. Asgari MR, Mohammadi E, Fallahi Khoshknab M, Tamadon MR. The perception of chronic renal failure patients from advocacy resources in adjustment with hemodialysis: A qualitative study. *Iran J Crit Care Nurs* 2011; 3(4): 133-44. [In Persian].
20. Asgari MR. Designing an adjustment model in hemodialysis patients [Thesis]. Tehran, Iran: School of Medicine, Tarbiat Modares University; 2011. [In Persian].
21. Neyhart CD, McCoy L, Rodegast B, Gilet CA, Roberts C, Downes K. A new nursing model for the care of patients with chronic kidney disease: the UNC Kidney Center Nephrology Nursing Initiative. *Nephrol Nurs J* 2010; 37(2): 121-30.
22. Sandelowski M. Whatever happened to qualitative description? *Res Nurs Health* 2000; 23(4): 334-40.
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. Polit D, Beck CT. *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
25. Speziale H, Streubert H, Carpenter DR. *Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
26. Kane PM, Vinen K, Murtagh FE. Palliative care for advanced renal disease: a summary of the evidence and future direction. *Palliat Med* 2013; 27(9): 817-21.
27. Jablonski A. Palliative care: misconceptions that limit access for patients with chronic renal disease. *Semin Dial* 2008; 21(3): 206-9.
28. Lichodziejewska-Niemierko M, Rutkowski B. Palliative care in nephrology. *J Nephrol* 2008; 21 Suppl 13: S153-S157.
29. Poppel DM, Cohen LM, Germain MJ. The renal palliative care initiative. *J Palliat Med* 2003; 6(2): 321-6.
30. Fassett RG, Robertson IK, Mace R, Youl L, Challenor S, Bull R. Palliative care in end-stage kidney disease. *Nephrology (Carlton)* 2011; 16(1): 4-12.
31. Borzou SR, Anosheh M, Mohammadi E, Kazemnejad A. Exploring perception and experience of patients from nursing care behaviors for providing comfort during hemodialysis. *J Qual Res Health Sci* 2014; 3(1): 1-13. [In Persian].
32. Haras MS. Planning for a good death: a neglected but essential part of ESRD care. *Nephrol Nurs J* 2008; 35(5): 451-8, 483.
33. Holley JL. Palliative care in end-stage renal disease: focus on advance care planning, hospice referral, and bereavement. *Semin Dial* 2005; 18(2): 154-6.
34. Holley JL. Palliative care in end-stage renal disease: illness trajectories, communication, and hospice use. *Adv Chronic Kidney Dis* 2007; 14(4): 402-8.
35. Hines SC, Glover JJ, Babrow AS, Holley JL, Badzek LA, Moss AH. Improving advance care planning by accommodating family preferences. *J Palliat Med* 2001; 4(4): 481-9.
36. Wong FK, Chow SK, Chan TM. Evaluation of a nurse-led disease management programme for chronic kidney disease: a randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud* 2010; 47(3): 268-78.
37. Siegler EL, del Monte ML, Rosati RJ, von Gunten CF. What Role Should the Nephrologist Play in the Provision of Palliative Care? *Journal of Palliative Medicine* 2004; 5(5): 759-62.
38. Lethuillier V. The role of the nurse in encouraging compliance in dialysis patients. *Soins* 2010; (745): 35-6.
39. Wang LM, Chiou CP. Effectiveness of interactive multimedia CD on self-care and powerlessness in hemodialysis patients. *J Nurs Res* 2011; 19(2): 102-11.

40. Li H, Jiang YF, Lin CC. Factors associated with self-management by people undergoing hemodialysis: a descriptive study. *Int J Nurs Stud* 2014; 51(2): 208-16.
41. Lingerfelt KL, Thornton K. An educational project for patients on hemodialysis to promote self-management behaviors of end stage renal disease education. *Nephrol Nurs J* 2011; 38(6): 483-8.
42. Simmons L. Dortha Orem's self-care theory as related to nursing practice in hemodialysis. *Nephrol Nurs J* 2009; 36(4): 419-21.
43. Curtin RB, Walters BA, Schatell D, Pennell P, Wise M, Klicko K. Self-efficacy and self-management behaviors in patients with chronic kidney disease. *Adv Chronic Kidney Dis* 2008; 15(2): 191-205.
44. Seyyedrasooli A, Parvan K, Rahmani A, Rahimi Z. Effect of illness perception promoting interventions on treatment adherence in hemodialysis patients: A randomized controlled trial. *Iran J Crit Care Nurs* 2013; 6(2): 81-90. [In Persian].
45. Huang TT, Li YT, Wang CH. Individualized programme to promote self-care among older adults with asthma: randomized controlled trial. *J Adv Nurs* 2009; 65(2): 348-58.

Experiences of the Hemodialysis Patients and Medical Staff Personnel about Regarding of Nursing Care: A Content Analysis

Monir Nobahar¹

Original Article

Abstract

Introduction: Due to the increasing number of patients with chronic renal failure and renal function replacement with hemodialysis and the central role of nurses in dialysis care, the purpose of this study was to explore the experiences of the hemodialysis patients and medical staff personnel regarding about of nursing care.

Method: This study was conducted with through qualitative approach and conventional content analysis method in 2014. Twenty participants selected by through purposive sampling and with maximum variation, 20 participants were selected. Which Data were collected through semi-structured interviews withby open questions. This the study environment was done inthe hemodialysis ward of Semnan' Kowsar Hospital in Semnan, Iran. Data were analyzed by using of conventional content analysis approach.

Results: The main themes of "palliative care" and "care based on self-management" were extracted from through the data analysis. of the findings, which The theme of palliative care was abstracted from four 4 categories of: "dialysis' stressful factors in dialysis", "therapeutic plan", "interaction with others," and "preparation," and care based on self-management from the category of "dependence / independence".

Conclusion: Findings of this study showed that nursing care in hemodialysis patient includeding of palliative nursing care and care based on self-management. Nurses play an important role in provides the provision of these cares to enhance the quality of life (QOL) for of hemodialysis patients.

Keywords: Nursing care, Palliative care, Self-management, Nursing, Patients, Hemodialysis, Content analysis

Citation: Nobahar M. **Experiences of the Hemodialysis Patients and Medical Staff Personnel about Regarding of Nursing Care: A Content Analysis.** J Qual Res Health Sci 2016; 4(4): 472-83.

Received date: 24.9.2015

Accept date: 17.12.2015

1- Assistant Professor, Department of Nursing, School of Nursing and Allied Medical Sciences, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran

Corresponding Author: Monir Nobahar, Email: nobahar43@Semums.ac.ir