

عوامل تسهیل کننده در فرایند گذار به همودیالیز

پرخیده حسنی^۱ *معصومه اطافی^۲ منصوره زاغری تفرشی^۳ علیرضا نیکبخت نصرآبادی^۴

چکیده

زمینه و هدف: گذار عبور از یک مرحله زندگی، شرایط یا وضعیت به دیگری است. بیشتر مراقبت های پرستاری طی فرایند گذار روی داده و هدف مراقبت پرستاری رسیدن به نتایج مطلوب برای بیمار و رسالت آن در قالب این مفهوم، علم و هنر تسهیل گذار به سلامتی و رفاه انسان است. این در حالی است که بیماران مراحل انتهایی کلیوی ناگزیر به گذار از این وضعیت به وضعیت جدید همودیالیز هستند. هدف این مقاله تبیین عوامل تسهیل کننده در فرایند گذار به همودیالیز می باشد.

روش بررسی: این مطالعه بخشی از یک مطالعه کیفی (نظریه مبنایی) در رساله دکتری می باشد. نمونه پژوهش شامل بیمارانی که در یکسال اخیر تحت همودیالیز قرار داشتند و سایر مطلعین مرتبط با آنها بود. نمونه‌گیری بصورت هدفمند و سپس نظری صورت گرفته و تا اشباع داده ها ادامه یافت. محیط پژوهش بخش همودیالیز بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی شهر تهران بود. جمع آوری داده ها با مصاحبه های نیمه ساختار یافته، ثبت های یادآور و یادداشت های عرصه انجام و با ۲۴ نفر به اشباع رسید. تحلیل داده ها به روش مقایسه مداوم صورت گرفت. دقت مطالعه با روش لینکلن و گوبا تأیید شد.

یافته ها: عوامل تسهیل کننده در فرایند گذار به همودیالیز عوامل فردی (ویژگی های جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی) و عوامل اجتماعی (حمایت تخصصی تیم پزشکی و پرستاری، تشریک مساعی خانواده و آشنایان، پشتیبانی سازمان های اجتماعی، اثرات تعامل با همتایان) بودند. نتیجه گیری کلی: توجه ویژه پرستاران به عوامل فردی و اجتماعی، فراهم آوردن بستری مناسب برای شناسایی و تقویت آنها و انجام اقدامات حمایتی مناسب نقش بسزایی در فرایند گذار سالم به همودیالیز خواهند داشت.

کلید واژه ها: پرستاری، همودیالیز، پژوهش کیفی، گذار

تاریخ دریافت: ۹۱/۱۲/۱۸

تاریخ پذیرش: ۹۲/۲/۲۳

^۱ دکترای پرستاری و استادیار عضو هیات علمی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
^۲ دانشجوی دکترای پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران (* نویسنده مسئول)
شماره تماس: ۸۸۶۵۵۳۷۴ Email: masoome_otaghi@yahoo.com
^۳ دکترای پرستاری و استادیار عضو هیات علمی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
^۴ استاد تمام دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

مقدمه

سوالات مربوط به ماهیت گذار (Transition) و تجارب انسان از گذار، از اوایل دهه ۱۹۶۰ پدیدار شدند. Bridges سه مرحله برای گذار ذکر کرده است: مرحله به آخر رسیدن (Ending Phase) با مشخصه بی قیدی، بی هویتی و تنزل؛ مرحله خنثی (Neutral Phase) با مشخصه سرگردانی، از هم گسیختگی و کشف و مرحله از نو شروع کردن (New Beginning) با مشخصه یافتن معنا و آینده، تجربه نمودن کنترل و چالش^(۱). تعاریف گذار با توجه به تمرکز علوم مختلف، متنوع و متفاوت است^(۲). تعریف Check و Meleis از گذار عبور از یک مرحله زندگی، وضعیت یا موقعیت به مرحله زندگی، وضعیت یا موقعیت دیگر است^(۳). گذار هم به فرایند و هم به برآیند تعاملات پیچیده انسان-محیط بر می گردد. ممکن است در بر گیرنده بیش از یک شخص باشد و ممکن است درون بستر یا وضعیتی واقع شده باشد. مشخصات تعریف کننده گذار شامل فرایند، گسستگی ها، ادراک، پاسخ و الگوهای مختل کننده هستند^(۴). گذار یک مفهوم مرکزی در پرستاری است. اهمیت گذار در پرستاری به خاطر اثر پیامدهای آن بر سلامتی مددجویان است. متون پرستاری به مفهوم پردازی برآیندهای سلامتی مربوط به گذار اشاره دارند که ابعاد ذهنی، رفتاری و بین فردی را در بر می گیرند. مداخلات پرستاری با هدف پیشبرد یا حفظ سلامتی در ابعاد فردی، خانوادگی و سازمانی صورت می گیرند^(۴). بیشتر مراقبت های پرستاری طی فرایند گذار رخ داده و هدف اولیه رسالت پرستاری کمک به افراد در طی گذارهای سالم جهت ارتقای پیامدهای سالم است. بنابراین پرستاری به عنوان علم و هنر تسهیل گذار به سلامتی افراد در حال گذار و بهبودی انسان تعریف می شود^(۱). مبتلایان به بیماری های مزمن به نحوی گذار را تجربه می کنند. هنگامی که صدمه کلیوی به حدی برسد که نیاز به درمان جایگزین کلیه وجود داشته باشد، بیمار به سمت بیماری کلیوی مرحله انتهایی End Stage

(Renal Disease)(ESRD) پیش می رود^(۵). میزان ESRD در دنیا در حال افزایش بوده و در ایران ۱۵-۱۱ درصد است^(۶). سالانه ۱۷-۱۶ هزار نفر از افراد مبتلا به ESRD در ایران دیالیز می شوند^(۷). پیش آگهی این بیماری به گونه ای است که در صورت عدم درمان، بیمار بواسطه عوارض ناشی از بیماری می میرد^(۸). همودیالیز شایعترین روش دیالیز است. در بیماران مبتلا به نارسایی حاد کلیوی (CRF)، همودیالیز از مرگ جلوگیری می کند، هرچند که درمان کننده بیماری کلیوی نبوده و فعالیت های درون ریز و متابولیک کلیه ها را جبران نمی کند. همودیالیز نگهدارنده ضامن بقا و کنترل کننده نشانه های اورمیک بیمار است که معمولاً ۳ بار در هفته و هر بار حداقل ۳ الی ۴ ساعت انجام می شود^(۹). مطالعات زیادی در مورد افراد تحت همودیالیز انجام شده است. در یک مطالعه پدیدار شناسی ۴ مضمون «زندگی با همودیالیز» شامل همودیالیز به عنوان جزء انکار ناپذیر زندگی، تنش های زندگی دیالیزی، نیاز به حمایت، و تطابق مؤثر بودند^(۹). در یک مطالعه نظریه مبنایی گام های «مدل سازگاری در بیماران همودیالیزی» به صورت درک تهدید بیماری، عوارض آن و همودیالیز، پذیرش بیماری و همودیالیز، خودباوری و مدیریت زندگی پدیدار شدند. اینها به عنوان استراتژی هایی بودند که شرکت کنندگان برای برگشت به زندگی عادی و فعال و تطابق با همودیالیز به کار می بردند^(۱۰-۱۲). در مطالعه ای تحت عنوان «تجربه بیمار از گذار به همودیالیز» با استفاده از یک روش شناسی روان شناسی مثبت و مصاحبه های نیمه ساختاریافته ۳ مضمون اصلی (هر کدام با زیر مضمون ها) آمادگی، سبک شناختی و حمایت اجتماعی آشکار گردیدند^(۱۳).

تا کنون مطالعه ای در مورد گذار به همودیالیز در بستر فرهنگی ایران انجام نشده است. در حالی که در مطالعات پرستاری به پیچیدگی مفهوم گذار، جنبه های فیزیولوژیک و روانی-اجتماعی افراد تحت همودیالیز و نقش محوری پرستاران در مراقبت و حمایت از آنان اشاره گردیده، ولی

انتشار نتایج، کلیه اطلاعات فردی آنان محرمانه باقی خواهد ماند. مکان و زمان انجام مصاحبه بر اساس توافق شرکت کنندگان تعیین گردید. اولین شرکت کنندگان با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و شرکت کنندگان بعدی بر اساس یافته‌های پژوهش با نمونه‌گیری نظری انتخاب شدند و نمونه‌گیری تا اشباع داده‌ها ادامه یافت. داده‌ها با ۲۴ شرکت‌کننده (۱۹ فرد تحت همودیالیز، ۲ عضو خانواده، ۲ پرستار و ۱ پزشک) به اشباع رسید.

روش اصلی جمع‌آوری داده‌ها مصاحبه‌های عمیق و نیمه ساختار یافته با استفاده از سئوالات راهنما بر اساس اهداف مطالعه بود. در این مقاله سؤال «عوامل تسهیل‌کننده در فرایند گذار بیمار به وضعیت همودیالیز کدامند؟» راهنمای کار بود. سئوالات کاوشی بر اساس اطلاعاتی که بیماران ارائه می‌کردند، مطرح می‌شد. هر مصاحبه بین ۳۰ الی ۹۰ دقیقه (میانگین ۵۷ دقیقه) طول کشید. مصاحبه‌ها ضبط و در کوتاه‌ترین زمان ممکن پس از مصاحبه، متن کامل آنها کلمه به کلمه تایپ شده و جهت مدیریت داده‌ها در نرم افزار MAXqda2 وارد گردید. با فرم مشخصات فردی اطلاعاتی درمورد سن، جنس، وضعیت تأهل، تحصیلات، شغل، تعداد دیالیز در هفته و سابقه دیالیز شرکت کنندگان گرفته شد. نوشته‌های مربوط به مشاهدات (بدون هیچ متن از پیش تعیین شده‌ای و به منظور درک اعمال و تعاملات فرد، رفتارهای کلامی و غیرکلامی شرکت کنندگان) و تفکرات انتزاعی پژوهشگر (تجزیه و تحلیل کل نگر در پایان هر مصاحبه، خلاصه یادداشت‌های متن و یادداشت‌های مربوط به حساسیت نظری) در قالب یادداشت‌های عرصه تدوین شده و در نرم افزار مذکور وارد شدند.

تحلیل داده‌ها به روش Strauss و Corbin نسخه ۱۹۹۸ انجام شد^(۱۴). قبل از تحلیل داده‌ها هر کدام از دست‌نوشته‌ها جهت آشنا شدن پژوهشگر با داده‌ها و درک کلی آنها چند مرتبه خوانده شدند. سپس دست‌نوشته‌ها مجدداً بررسی و به منظور مشخص شدن کدهای اولیه، خط به خط توسط پژوهشگر خوانده شدند.

توصیف کامل و مناسبی از فرایند گذار به همودیالیز ارائه نشده است. پژوهش‌های کمی انجام شده با دید اثبات‌گرا به بررسی مسائل بیماران تحت همودیالیز از جنبه‌های گوناگون پرداخته‌اند. پژوهش‌های کیفی نیز با وجود تبیین تجارب بیماران تحت همودیالیز، به سئوالاتی نظیر ماهیت و چگونگی فرایند گذار به همودیالیز، عوامل تسهیل‌کننده و بازدارنده در فرایند گذار به همودیالیز و نقش پرستاران در این زمینه پاسخ نداده‌اند. مطالعه اصلی با هدف تبیین فرایند گذار به همودیالیز یا روش نظریه‌مبنایی انجام شد. این مقاله بخشی از مطالعه مذکور است که با هدف تبیین عوامل تسهیل‌کننده در فرایند گذار به همودیالیز انجام شده است.

روش بررسی

این مطالعه بخشی از یافته‌های یک پژوهش کیفی است که با رویکرد نظریه‌مبنایی (Grounded Theory) در سال‌های ۹۱-۱۳۹۰ انجام شد. شرکت‌کنندگان در پژوهش افراد تحت همودیالیز مراجعه‌کننده به ۷ بیمارستان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی شهر تهران و یا افراد در تماس نزدیک و مستقیم با این افراد بودند. این شرکت‌کنندگان دارای ویژگی‌های زیر بودند:

۱. داوطلب و یا راضی به شرکت در پژوهش باشند.
۲. مبتلا به ESRD و یا افراد در تماس نزدیک و مستقیم با این افراد باشند.
۳. درمان همودیالیز برای مبتلایان به ESRD طی یک هفته تا یکسال اخیر انجام شده باشد.
۴. قادر به تکلم به زبان فارسی باشند.
۵. مایل به بیان تجارب خود باشند.

نمونه‌گیری پس از کسب تأییدیه اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و اخذ معرفی‌نامه کتبی از دانشگاه و هماهنگی با مسئولین بیمارستان‌ها صورت گرفت. تمام شرکت‌کنندگان با رضایت آگاهانه در مطالعه شرکت کردند. به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد در هنگام

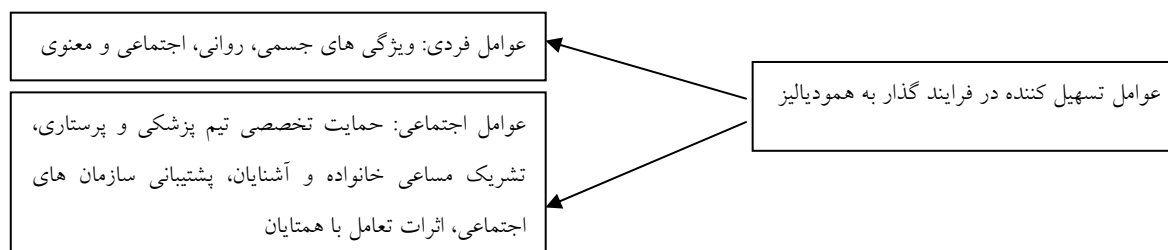
کافی جهت جمع آوری اطلاعات و تعلیق افکار پژوهشگر صورت گرفت. قابلیت تأیید با ثبت مداوم داده ها و کمک گرفتن از اساتید پرستاری (۶ نفر) جهت تأیید کدهای اولیه، طبقات و زیر طبقات استخراج شده (peer check) به انجام رسید. قابلیت انتقال با نمونه گیری با حداکثر تنوع و گزارش آن صورت گرفته است. برای وابستگی سعی شد تا از عین گفته‌های شرکت‌کنندگان به عنوان شاهد استفاده شود. همچنین ثبت و ضبط روند پژوهش صورت گرفته و امکان حسابرسی یافته‌ها میسر می‌باشد.

یافته‌ها

شرکت کنندگان ۲۴ نفر (۱۹ فرد تحت همودیالیز، ۱ پزشک، ۲ پرستار و ۲ همراه) بودند که شامل ۱۳ زن و ۱۱ مرد با دامنه سنی ۷۵-۱۸ سال (میانگین ۵۲/۳ سال) که سه بار در هفته و به مدت ۴ ساعت (فقط یک شرکت کننده به مدت ۳ ساعت) تحت دیالیز قرار می‌گرفتند. شرکت کنندگان از نظر وضعیت تأهل (زندگی با همسر، فوت همسر و مجرد)، تحصیلات (از بیسواد تا دکترا) و شغلی (خانه دار، بیکار، کار اداری، کار آزاد و بازنشسته) نیز تنوع داشتند. سابقه دیالیز در دامنه زمانی یک الی دوازده ماه (میانگین ۷/۵ ماه) بود. عوامل تسهیل کننده در فرایند گذار به همودیالیز شامل عوامل فردی و اجتماعی بودند که در نمودار زیر نشان داده شده است:

در کدگذاری باز، مفاهیم مرتبط با مطالعه مشخص شدند و کدهایی به آنها اختصاص داده شد. کدهای داده شده، صحبت های شرکت کنندگان و یا کدهای تلویحی پژوهشگر بودند. سپس کدهای اصلی از نظر تشابهات و تفاوت ها مقایسه شدند و کدهایی که معانی یکسانی داشتند در یک طبقه قرار گرفتند. در کدگذاری محوری طبقات بر اساس «پارادایم الگویی» اشتراک و کوربین توسعه یافتند و طبقاتی که مشابه بودند با یکدیگر ترکیب و طبقات انتزاعی تری نمایان شدند. از آنجایی که این مقاله گزارش بخشی از یافته های یک مطالعه نظریه مبنایی است، طبقات ارائه شده در مطالعه حاضر حاصل کدگذاری باز و محوری هستند اما در مطالعه اصلی کد گذاری انتخابی به منظور شناسایی متغیر اصلی ادامه داشت. در طول فرایند تحلیل داده ها، موضوعاتی که در رابطه با مفهوم مورد مطالعه به ذهن پژوهشگر می رسید به عنوان یادآور (memo) ثبت گردید.

جهت افزایش دقت مطالعه (Rigor)، از روش‌های پیشنهادی Goba و Lincoln (۱۹۹۸) با معیارهای Credibility، Confirmability، Transferability و Dependability استفاده شد. صحت داده ها یا اطمینان از یافته‌ها با استفاده از کنترل مفاهیم به دست آمده با شرکت کنندگان و اطمینان از نظر آنها در مورد مفهوم استخراج شده (member check)، شرکت طولانی مدت در محیط پژوهش، تخصیص زمان



نمودار شماره ۱: طبقات و زیر طبقات مربوط به عوامل تسهیل کننده در فرایند گذار به همودیالیز

۱-۱- ویژگی های جسمی فرد: شرکت کنندگان ویژگی های جسمی نظیر شرایط جسمی مطلوب را در فرایند گذار به همودیالیز مؤثر دانسته و بیان کردند افرادی که از

۱- عوامل فردی: در این طبقه زیر طبقات ویژگی های جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی قرار گرفتند.

نمیشه کرد. بیایم ناشکری کنیم، بیایم هوار کنیم، بیایم بی حوصلگی کنیم، یا سر زن و بچه یا خودمون اعصاب خردکنی درست کنیم. گفتیم هر چه خدا بخواد. من به جون که بیشتر ندارم. هر چی صلاح خداست. واگذار کردیم به خودش». (مرد، ۴۸ ساله)

« یاد این شهدا و این جور مسائل که می افتم، که اونا رفتن و ما موندیم، برام به مقدار مسأله آروم تر میشه نسبت به قبل. که عرض کنم یهو دکترا به من گفتن کلیه اتواز دست دادی. الان دیگه برام داره میشه عادی.» (مرد، ۵۰ ساله)

۲- عوامل اجتماعی: در این طبقه زیر طبقات حمایت تخصصی تیم پزشکی و پرستاری، تشریک مساعی خانواده و آشنایان، پشتیبانی سازمان های اجتماعی، اثرات تعامل با همتایان قرار گرفتند.

۱-۲- حمایت تخصصی تیم پزشکی و پرستاری: شرکت کنندگان عملکرد مطلوب و ارتباط مناسب کادر پزشکی و پرستاری و نیز شرایط مطلوب بیمارستان را عواملی مؤثر در فرایند گذار به همودیالیز می دانستند.

« اگر پرستار کارشو درست انجام بده، عوارض دیالیز تو بیماریار کمتر میشه. این خیلی به مریض کمک می کنه که میل به انجام دیالیزش بیشتر بشه. و بهتر تحمل بکنه. و این که بهتر تحمل بکنه مسلماً روحیه اش بهتر میشه. این خیلی مهم هستش.» (زن، ۴۹ ساله)

« خود بیمارستان از نظر تعریف بهتر دیالیز شدن، موقعیت بهتر، ساختمان بهتر، دیالیز بهتر، صافی، وسیله، همه امکاناتی که بهش داده میشه. سرویسی که بهش داده میشه.» (زن، ۵۲ ساله)

۲-۲- تشریک مساعی خانواده و آشنایان: شرکت کنندگان حمایت های عاطفی، مراقبتی و مالی خانواده و حمایت های دوستان و آشنایان را در فرایند گذار به همودیالیز مؤثر می دانستند.

«به نظر من آگه روحیه مریض خوب باشه راحت تر قبول می کنه. چون دیگه راهی نداره. همراه ها، خانواده خیلی تأثیر میدارن. اینا بایستی کمک کنن. به مریض روحیه بدن

نظر جسمی در شرایط بهتری هستند، راحت تر با همودیالیز کنار می آیند.

« جواب من اینه که هر بدنی به شرایطی داره. هر بدنی به عکس العملی راجع به اون معالجه ای که داره، میده. یکی حساسیت نشون میده. یکی می بینی بدون هیچ حساسیتی حالش هم خوب میشه میره. یکی اصلاً بدتر میشه. بنابراین شرایط بدن ها واقعاً فرق می کنه. هر کدومشون مثلاً به یه دلیلی کلیه شون کم کار شده.» (زن، ۵۹ ساله)

۲-۱- ویژگی های روانی فرد: شرکت کنندگان ویژگی های روانی نظیر شخصیت بیمار، استقلال داشتن، روحیه داشتن، آرامش داشتن، مثبت نگر بودن و ... را در فرایند گذار به همودیالیز مؤثر دانسته و بیان نمودند که شخصیت های محکم، با روحیه، مستقل، آرام و مثبت نگر سریع تر و راحت تر همودیالیز را می پذیرند.

« خوشبختانه روحیه خیلی خوبی دارم. و خیلی زود عواملی که دست خود انسان نیست رو باید پذیرفت دیگه. شاید یک هفته طول کشید که من با این قضیه کنار اوادم» (مرد، ۵۷ ساله)

۳-۱- ویژگی های اجتماعی فرد: شرکت کنندگان ویژگی های اجتماعی نظیر سن، سواد و اطلاعات، وضعیت تأهل و نقش والدی مؤثر را در فرایند گذار به همودیالیز مؤثر می دانستند.

« منم خوب بابایی بودم براشون ها. پسر ام ۱۸ سالشون بود زن براشون گرفتم. یه دفعه عقده، یه دفعه بله برون. یه دفعه عروسی، تالار. بزن و بکوب. پول هم نداشتم. یکی ۲، ۳ میلیون داشتم خرجشون کردم. هر چی از دستم بر میومد براشون کردم. اونام هرچی از دستشون بر میاد برای من می کنن.» (مرد، ۷۵ ساله)

۴-۱- ویژگی های معنوی فرد: شرکت کنندگان ویژگی های معنوی نظیر ارتباط با خداوند، توسل به اولیای خدا، تکیه بر ارزش های معنوی را به عنوان تسهیل کننده های ارزشمندی در فرایند گذار به همودیالیز می دانستند.

«هیچی. واگذار کردم به خدا. گفتم هر چی خدا بخواد. هر چی صلاح خداست. چون غیر از این کاری دیگه

حالی که انرژی، قابل پیش بینی بودن از نظر جسمی و عملکرد طبیعی بدن، گذار را تسهیل می کند^(۴). از طرف دیگر الگوهای پاسخ به رویداد گذار به صورت آسودگی، آشفتگی و حالت خنثی می باشند که نشانه های فردی رشد، نشانه های فردی تنش و فقدان نشانه ها سطح بهبودی فرد را مشخص می کنند^(۱۵). مطالعه «تجربه زندگی با درمان همودیالیز» نشان داد این افراد دچار ملال وجودی می شوند. چون باید از رژیم سخت دیالیزی، محدودیت مایعات و غذا و مصرف داروهای خاص پیروی کنند. بعلاوه مشکلات بی شمار جسمی، روانی و اجتماعی در رابطه با دیالیز وجود دارند که بویژه پذیرش درمان را دشوار می سازند^(۱۶). در این مطالعه ویژگی های اجتماعی (سن، سواد و اطلاعات، وضعیت تأهل، نقش ها) در تسهیل فرایند گذار به همودیالیز مؤثر بودند. سن عامل دموگرافیک مهمی است. روند همودیالیز در سالمندان با توجه به میزان های مرگ و میر، مشکلات دسترسی عروقی و نیاز به آمادگی زودتر برای دیالیز متفاوت از جوانان است. شیوع ESRD در جمعیت سالمند غالباً پیامد دیابت، فشار خون بالا و نفریت است^(۱۷). همچنین سواد، تحصیلات و قابلیت دریافت اطلاعات می تواند با آماده نمودن بیمار، گذار به همودیالیز را تسهیل نماید. در مطالعه «تجربه بیماران تحت همودیالیز از گذار به همودیالیز» آموزش یکی از اجزای درون مایه آمادگی بیمار بود^(۱۳). طبعاً افراد با سواد فرصت ها و قابلیت های بیشتری برای دریافت آموزش و در نتیجه آماده شدن برای همودیالیز دارند. در این مطالعه نقش ها (همسری، والدی و ..) و روابط قبلی بیمار در هموار نمودن راه گذار به همودیالیز نقش داشتند. به عکس در مطالعه «زندگی با ماشین دیالیز» یکی از تنش های زندگی دیالیزی عبارت بود از اختلال در نقش ها، مسئولیت های خانوادگی و روابط خانوادگی^(۹). بنابراین نقش ها و روابط بسته به نوع، کیفیت، تقدم و تأخر نسبت به همودیالیز می توانند اثر تسهیل کننده یا بازدارنده داشته باشند. در واقع ایفای نقش مؤثر و روابط مطلوب قبل از

که بتونه این مشکلشو بپذیره. یعنی در غیر این صورت واقعاً سخته. برای مریض سخته. آگه روحیه هم بهش ندی دیگه هیچی.» (مرد، ۳۹ ساله)

«ولی همین رفت و آمدها، صله ارحام، تلفن ها، روحیه دادن ها، توکلت به خدا باشه، هیچ ناراحت نباش. ایشالا به حق امیرالمؤمنین درست میشه. دعا می کنن. این روحیه رو ۱۰ برابر می کنه.» (مرد، ۵۰ ساله)

۳-۲- پشتیبانی سازمان های اجتماعی: شرکت کنندگان حمایت خیرین و مؤسسات خیریه، وزارت بهداشت، بیمه، سازمان تأمین اجتماعی، بنیاد جانبازان، هلال احمر، انجمن حمایت از بیماران خاص را در فرایند گذار به همودیالیز مؤثر می دانستند.

«میگم بیمه خیالشونو راحت می کنه. اگر ساپرت بشن، خیالشون راحت میشه. مثلاً داروهایی که بیمارستان نداشتن، مشکلی نیست، میریم به داروخانه دولتی دیگه می گیریم. مسأله ای نیست.» (زن، ۵۹ ساله)

۴-۲- اثرات تعامل با همتایان: شرکت کنندگان برقراری ارتباط با همتایان، یادگیری از همتایان، یاد دادن به همتایان، روحیه گرفتن از همتایان و ... را در فرایند گذار به همودیالیز مؤثر می دانستند.

«هی اومدم رفتم، بالاخره اینو دیدم. دیدم بالاخره از خودم پایین تر هم هست. چند تا درد دارن، زیر دیالیز هم هستن. مثلاً اون خانم روبروئیه پاهاش قطعه. خوب نگا به اون کردم، امیدوار شدم به خودم. دیدم مشکل من کمتر از بقیه اس. قبول کردم دیگه برم و بیام بهتره» (زن، ۵۸ ساله)

نتیجه گیری

عوامل تسهیل کننده در فرایند گذار به همودیالیز عوامل فردی و اجتماعی بودند.

شرکت کنندگان بیان کردند افرادی که ویژگی های مطلوب جسمی و روانی دارند، سریع تر و راحت تر با همودیالیز کنار می آیند. مطالعات نشان می دهند بهبودی جسمی طی گذار اهمیت دارد. غیر قابل پیش بینی بودن از نظر جسمی ممکن است باعث دیسترس شود؛ در

نقش پرستار در این کشورها آموزش و حمایت است^(۱). بنابراین آموزش یکی از نقش های مهم پرستار در کشور ماست. آموزش به بیمار می تواند حتی قبل از دیالیز صورت گرفته و به بیماران در انتخاب نوع دیالیز کمک کرده و دانش مربوط به بیماری و درمان را افزایش دهد. همچنین حمایت غیر رسمی بیماران همتا و شاغلین بهداشتی را فراهم می آورد^(۲۲). عامل دیگری که پرستاران باید به آن توجه نمایند صبر است. چون راه ها و ظرفیت افراد برای اداره گذار با هم متفاوت است و حتی در هر فرد هم نوسان دارد^(۲۳). در این مطالعه حمایت خانواده و آشنایان عامل دیگری بود که در تسهیل گذار به همودیالیز نقش داشت. در مطالعه ای در خصوص «تجارب بیماران از گذار به همودیالیز» حمایت های اجتماعی شامل همسایه ها، خانواده، دوستان و بیماران بودند^(۱۳). مطالعه «مسیر سازگاری زنان مبتلا به ESRD تحت همودیالیز» نشان داد برخی زنان بواسطه ترس از بیماری و فرایندهای درمانی دچار احساسات انکار، افسردگی و افکار مرگ شدند اما برخی دیگر بیان کردند حمایت از طرف خانواده ابزاری در کمک به آن ها برای رسیدن به پذیرش و سازگاری بوده است^(۲۴). حتی یافته های یک مطالعه نظریه مبنایی بر روی هندی های آمریکایی تحت همودیالیز نشان داد که شرکت کنندگان هرگز به نقطه پذیرش دیالیز نرسیدند بلکه آن را به خاطر خانواده تحمل نمودند^(۲۵). شرکت کنندگان این مطالعه بیان کردند حمایت سازمان های اجتماعی در فرایند گذار به همودیالیز مؤثر است. با توجه به عدم کفایت درآمد زندگی با از دست دادن شغل یا کاهش توانایی های فردی و نیز هزینه های شخصی و درمانی نظیر هزینه های رفت و آمد به مراکز درمانی و تشخیصی، هزینه های متعدد پزشکی، بستری شدن به خاطر عوارض بیماری و یا درمان همودیالیز، دسترسی عروقی، داروها و .. فرد نیازمند حمایت مؤسسات اجتماعی نظیر بیمه، انجمن حمایت از بیماران کلیوی و ... است. این نهادها به نوعی به بیمار و خانواده وی احساس امنیت خاطر می دهند.

دیالیز می تواند فرایند گذار به همودیالیز را تسهیل نماید. از طرف دیگر همودیالیز به علت تأثیر بر روند زندگی روزمره بیمار باعث اختلال در نقش ها و روابط می شود. در نهایت شرکت کنندگان ویژگی های معنوی را در فرایند گذار به همودیالیز مؤثر می دانستند. یک مطالعه در مورد «بررسی سلامت معنوی بیماران تحت همودیالیز» نشان داد که بیشتر آن ها از سطح سلامت معنوی متوسطی برخوردار بودند^(۱۸). در مطالعه «تجربه زنان مبتلا به ESRD از معنویت» این زنان تأیید نمودند که معنویت در زندگی با بیماری شان بسیار مهم بوده و چهار درون مایه پذیرش، درک، تقویت و نوسان هیجانات را در این رابطه نشان دادند^(۱۹). از آنجا که باورهای مذهبی و معنویت می تواند در سایر ابعاد سلامتی نیز تأثیر گذار باشد و موجب ارتقای آن ها شود^(۲۰)، توجه به معنویت، شناسایی و تقویت رفتارهای معنوی افراد می تواند در فرایند گذار به همودیالیز مؤثر باشد.

در کل با توجه به اینکه در مدل پارسی نیز انسان ها موجوداتی جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی هستند که در پاسخ یا تطابق با محیط می باشند و سلامتی نقطه ای نوسانی در یک طیف است^(۲۱)، تقویت ابعاد چهارگانه سلامتی در فرایند گذار به همودیالیز مؤثر خواهد بود. شرکت کنندگان عوامل اجتماعی را در فرایند گذار به همودیالیز مؤثر دانستند. در این مطالعه عملکرد مطلوب و ارتباط مناسب کادر پزشکی و پرستاری در فرایند گذار به همودیالیز تسهیل کننده بودند. مطالعات دیگر نیز نشان می دهند رفتار حمایتی پرستار نقش مهمی در احساس آرامش و راحتی، امنیت و اعتماد بیماران دارد. این حمایت به صورت نهایت تلاش برای راحتی بیمار، پاسخگویی مسئولانه به سؤالات بیمار، رفتار توأم با مهربانی و ارتباط دوستانه با بیمار نمود پیدا کرده است^(۱۱). ملیس در توضیح مدل اورم بیان می کند از نظر فرهنگی در اکثر کشورهای خاورمیانه، بیماران در بیمارستان به عنوان عامل خود مراقبتی در نظر گرفته نمی شوند و اعضای خانواده این نقش را به عهده دارند و

حاضر و مطالعات فوق الذکر بر اهمیت حمایت های اجتماعی در فرایند گذار به همودیالیز دلالت دارند. در مجموع توجه ویژه پرستاران به عوامل فردی و اجتماعی، فراهم آوردن بستری مناسب برای شناسایی تقویت آنها و انجام اقدامات حمایتی مناسب نقش بسزایی در فرایند گذار سالم به همودیالیز خواهند داشت.

تقدیر و تشکر

این مقاله بخشی از رساله دکتری پرستاری مصوب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی مورخ ۹۱/۸/۲۳ است. از شرکت کنندگان در این پژوهش که بدون بیانات ارزشمند آن ها انجام این پژوهش مقدور نبود، مسئولان و پرسنل بخش های همودیالیز بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی شهر تهران که در جهت تسهیل این پژوهش همکاری داشتند و اساتید ناظر خارجی از دانشکده های پرستاری و مامایی دانشگاه های علوم پزشکی شهید بهشتی و تهران که در تأیید داده های استخراج شده از مصاحبه ها مشارکت داشتند تقدیر و تشکر می شود.

یکی از درون مایه های مطالعه «درک بیماران همودیالیزی از منابع حمایتی در رابطه با سازگاری» دلگرمی و رضایت از سازمان های اجتماعی حمایت کننده بود^(۱۰). همچنین تعامل با همتایان عامل مهم دیگری در تسهیل گذار به همودیالیز در مطالعه حاضر بود. بیماران تحت همودیالیز نیز با همتایان خود ارتباط برقرار می کنند، وضعیت خودشان را با آنان مقایسه می کنند، از آن ها یاد می گیرند، به آن ها یاد می دهند، از آن ها روحیه می گیرند و به آن ها روحیه می دهند. مطالعه «تجربه بیماران در گذار به همودیالیز» نیز نشان داد که سایر بیماران بخشی از طبقه حمایت های اجتماعی بودند و حمایت های ابزاری و عاطفی را برای بیماران فراهم می نمودند. تمام این بیماران در بیانات خود منفعت حاصل از شناخت سایر بیماران را پررنگ نموده و اشاره داشتند که با مقایسه خود با دیگر بیماران به صورت مؤثرتری با همودیالیز تطابق یافته اند^(۱۳). در مطالعه «درک بیماران همودیالیزی از منابع حمایتی در رابطه با سازگاری» نیز شرکت کنندگان نقش حمایتی بیماران همتا را به صورت روحیه گرفتن از بیماران سازگار و پیوند شده بیان نمودند^(۱۰). مطالعه

فهرست منابع

1. Meleis AI. Theoretical Nursing: Development and Progress. 4thed. New York: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
2. Kralik D, Visentin K and Van Ioon A. Transition: A literature review. *J Adv Nurs*. 2006; 55(3): 320–29.
3. Meleis AI. Transitions Theory. New York: Springer, 2010.
4. Schumacher KL. & Meleis AI. Transitions: A central concept in nursing. *J Nurs Scholar*. 1994; 26(2): 119-27.
5. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL and Cheever KH. Textbook of Medical-Surgical Nursing. 12nd ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; Lippincott Williams & Wilkins, 2010.
6. Simfroosh N, Nooralizadeh A. Comprehensive [Textbook of Iran Urology]. Tehran: Behineh; 2007. Persian.
7. Getmiri SM. Annually 17 thousands of people were become dialysis in the country. Darichekhabar. News code: 27948. Cited 2012 Jun 13, (about 1 p.) Available from: www.darichekhabar.ir. Persian.
8. Digiulio M, Jackson D and Keogh J. Medical surgical nursing demystified. New York: McGraw-Hill, 2007.
9. Pashaii Sabet F, Nikbakht Nasrabadi A, Karami Kabir N. [Life with hemodialysis unit: A phenomenological study]. *Iran J Crit Care Nurs*. 2011; 4(2), 66-59. Persian.
10. Asgari MR, Mohammadi E, Fallahi Khoshkhab M, Tamaddon MR. [Perception of chronic renal failure patients from advocacy resources in adjustment with hemodialysis: A qualitative study]. *Iran J Crit Care Nurs*. 2010; 3(4), 133-142. Persian.

11. Asgari MR, Mohammadi E, Fallahi Khoshkhab M, Tamaddon MR. [Hemodialysis patients' perception from nurses' role in their adjustment with hemodialysis: A qualitative study]. *J Koomesh*. 2011a; 12, 4(40), 385-396. Persian.
12. Asgari MR. [Adjustment process in hemodialysis patients]. Unpublished PhD. Thesis, University of Tarbiat Modares, Tehran, Iran. 2011. Persian.
13. Mitchell A, Farrand P, James H, Luke R, Purtell R, Wyatt K. Patients' experience of transition onto hemodialysis: a qualitative study. *J Renal Care*. 2009; 35(2), 99-107.
14. Strauss A, Corbin J. Basics of Qualitative Research. 2nd ed. Thousand Oaks: Sage Publication; 1998.
15. Chick N, Meleis AI. Nursing research methodology: issues and implementation. Rockville, Maryland: Aspen, 1986.
16. Moran A, Scott PA, Darbyshire P. Existential boredom: the experience of living on haemodialysis therapy. *Med Humanit*. 2009 Dec;35(2):70-5.
17. Dharmarajan TS, Kaul N, Russell RO. Dialysis in the old: a centenarian nursing home resident with end-stage renal disease. *J Am Med Dir Assoc*. 2004 May-Jun;5(3):186-91.
18. Taheri Kharamah Z, Shoori Begdeli A. Spiritual health in patients under hemodialysis. Proceeding of 13rd Annual Research Congress of Iran's Medical Sciences Students; 2012 Oct 9-12; Babol, Iran; Babol University of Medical Sciences. 2012.
19. Tanyi RA, Werner JS. Women's experience of spirituality within end-stage renal disease and hemodialysis. *Clin Nurs Research*. 2008;17(1):32-49.
20. Husaini SH. Spiritual health in elderly. Proceeding of the third National Conference on Health Promotion Strategies and Challenges. (An Emphasis on Aging); 2012 Dec 6-7; Sari, Iran; Mazandaran University of Medical Sciences. 2012.
21. Smith MJ, Liehr PR. Middle Range Theory. 2nd ed. New York: Springer; 2008.
22. Klang B, Bjorvell H, Clyne N. Predialysis education helps patients choose dialysis modality and increases disease-specific knowledge. *J Adv Nurs*. 1999 Apr;29(4):869-76.
23. Kralic D, Van Loon A, Telford M. Transition in chronic illness. Booleet 11. Australia. RNDS Research Unit. Available from: http://www.rdns.org.au/research_unit. Accessed 5 Apr 2005.
24. Tanyi RA, Werner JS. Toward a trajectory of adjustment in women with end-stage renal disease on haemodialysis. *J Clin Nurs*. 2008 Mar;17(5A):43-50.
25. Walton J. Prayer warriors: a grounded theory study of American Indians receiving hemodialysis. *Nephrol Nurs J*. 2007 Jul-Aug;34(4):377-86; quiz 87.

The Facilitators of the Transition to Hemodialysis

Hassani P .PhD¹

*Otaghi M. PhD Cand²

Zagheri-Tafreshi M .PhD³

Nekbakhat-Nasrabadi A. PhD⁴

Abstract

Background & Aims: Transition is a passage or movement from one state, condition, or place to another. Most of nursing care occurs during transition process and the primary goal of nursing is to enhance healthy outcomes for patients. The mission of nursing according to this concept is the art and science of facilitating the transition to health and well-being. In the meanwhile, end stage renal disease patients have to transit from this situation to the hemodialysis situation. The purpose of this study is to explore facilitators in the process of transition to hemodialysis.

Material & Methods: This paper is a part of findings of a more extensive grounded theory study. The participants included new hemodialysis patients, their relatives and health care personnel. Purposeful and theoretical sampling was used to recruit participants and continued until saturation. The study was undertaken in hospitals affiliated to Shaheed Beheshti and Tehran University of Medical Sciences in Tehran. Data was generated by semi-structured interviews, and observation. The data were analyzed by constant comparison. The rigor of the study was confirmed through the criteria proposed by Lincoln and Guba.

Results: Facilitators in the process of transition to hemodialysis included personal factors (physical, mental and spiritual properties), social factors (expert support of medical and nursing team, collaboration of family and familiars, support of social organizations and effects of interaction with peers) and spirituality (relating with God, having recourse to God's Saints and relying on spirituality values).

Conclusion: Nurses' special attention to the personal, social and spiritual characteristics of hemodialysis patients, providing an appropriate context for identifying and reinforcing these factors, and doing appropriate supportive interventions would play an important role in the process of healthy transition to hemodialysis.

Key words: Nursing, Hemodialysis, Qualitative Research, Transition

Received: 8 Mar 2013

Accepted: 13 May 2013

¹ Assistant Professor of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shaheed Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

² PhD Student of nursing, School of Nursing and Midwifery, Shaheed Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran (*Corresponding author). Tel: +98-21- 88655374 , Email: masoome_otaghi@yahoo.com

³ Assistant Professor of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shaheed Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

⁴ Full Professor of Nursing, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.