

تبیین ارزیابی ریه-اران ته همودیالیز تحلیل محتوی کیفی

منیر نوبهار (Ph.D)، محدثه صفاری (M.Sc)، حسن بابامحمدی (Ph.D)*، نعمت ستوده اصل (Ph.D)
مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، دانشکده پرستاری و پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران

چکیده

هدف: تبیین ارزیابی ریه-اران ته همودیالیز، در مرحله انتهایی نارسایی کلیوی، مشکلات و عوارض متعددی را در جهت حمایت از بیماران تحت همودیالیز ایجاد می‌کند. مشکلات و عوارض، مدل‌های مختلفی را نشان می‌دهد که در این مدل‌ها یکی از مهم‌ترین آن‌ها می‌باشد. هدف این مطالعه تبیین ارزیابی ریه-اران ته همودیالیز بود. روش: این مطالعه کیفی از رویکرد تحلیل محتوی ارضادای سال ۱۳۹۴-۹۵ شد. نمونه‌گیری تنی هدف از شرکت‌کنندگان ۱۶ شرکت‌کننده از بیماران ته همودیالیز اجعه‌کننده به بیماران استان‌های ک وثر استان و امام خمینی (ره) گردید. شرکت‌کنندگان داده‌ها را با توجه به اختیارات استفاده از پرسش‌نامه‌های ادموگرافیک، ارزیابی ریه-اران ته همودیالیز، تحلیل داده‌ها استفاده از تحلیل محتوی و هم‌بندی با جمع‌آوری داده‌ها اساس گام Granheim و Lundman (۲۰۰۴) گرفته شد. اطمینان از اعتبار استحضام تحقیق استفاده از معیارهای لیکولن انجام گرفت. یافته‌ها: تحلیل داده‌ها درون‌مایه اصلی "با چالش‌های سمی" خود تضعیف شده، "اتوانی در ایفای نقش" و "وابستگی" انتزاع گردید. نتیجه: یافته‌های مطالعه پاسخ‌های ارزیابی ریه-اران ته همودیالیز را با ایجاد مدل روی ارزیابی تبیین کرد. یافته‌های این مطالعه برای بیماران ته همودیالیز، مراقبت از بیماران همودیالیز، خیل‌تند، شش‌مند می‌باشد.

اژه‌ها: کلیدی: ارزیابی، بیماری کلیه، راه انتهایی، همودیالیز، پرستاری، تحقیق کیفی

مقدمه

در آستانه قرن بیست و یکم، برجسته‌ترین واقعه‌ای که جوامع و کادر بهداشتی با آن مواجه هستند، شیوع بیماری‌های مزمن است. نارسایی مزمن کلیه (Chronic Kidney Disease) یکی از بیماری‌های مزمن و رایج بشری است، که دو تا سه درصد مردم جهان به آن مبتلا هستند [۱]. بزرگ‌ترین پیامد CKD، بیماری کلیوی مرحله نهایی (ESRD) (End Stage Renal Disease) می‌باشد، که یک بیماری غیر قابل برگشت و تهدیدکننده زندگی است [۲]. در این بیماری،

توانایی بدن برای حفظ تعادل مایع و الکترولیت از بین می‌رود و به اورمی و ازتمی منجر می‌شود. که تأثیرات مهمی روی کیفیت زندگی بیماران، میزان استفاده آن‌ها از امکانات بهداشتی و مرگ و میر دارد [۳]. شیوع جهانی ESRD از سال ۲۰۰۷ تا ۲۰۱۲ به میزان هشت درصد افزایش یافته است [۴]. میزان بروز ESRD در ایران از ۱۳/۸۲ نفر در هر میلیون نفر در ۱۹۹۷ به ۴۹/۹ در سال ۲۰۰۰ و به ۶۳/۸ در سال ۲۰۰۶ رسید. در سال ۲۰۰۴ میزان بروز بیماری ESRD تحت همودیالیز از ۳۸/۲ نفر به ۶۶ نفر، در هر میلیون نفر رسید [۵].

در مطالعه حسین پناه و همکاران (۲۰۰۹) که در یک جمعیت بزرگ ۱۰۰۶۳ نفری بالای ۲۰ سال انجام شد، شیوع ابتلا به ESRD ۱۸/۹ درصد گزارش شد [۶].

در ایران نزدیک به ۴۳ هزار بیمار در ۴۰۰ واحد همودیالیز تحت درمان هستند و سالانه ۲۰ درصد به تعداد آن‌ها اضافه می‌شود، که نشان‌دهنده اهمیت توجه به مسائل و مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی این بیماران می‌باشد [۷].

اگرچه همودیالیز می‌تواند طول عمر این بیماران را افزایش دهد، اما قادر به تغییر دوره‌ی طبیعی بیماری زمینه‌ای نبوده و جایگزین کاملی برای عمل‌کرد کلیه محسوب نمی‌شود. از این رو مشکلات بیماران مبتلا به نارسایی کلیه برطرف نشده و بیمار در معرض عوارض متعددی قرار می‌گیرد [۸]. هم‌چنین تغییر شیوه زندگی و آغاز درمان با همودیالیز با عوامل استرس‌زای جسمانی و روانی همراه است [۹]. با آن‌که تمامی درمان‌های جایگزین کلیه در ESRD منبعی از استرس تلقی می‌شود، ولی همودیالیز بالاترین میزان استرس را برای این بیماران به همراه دارد. بیماران دیالیزی نیازمند سازگاری و کنار آمدن با جنبه‌های مختلف بیماری می‌باشند. شناسایی روش‌های سازگاری، اطلاعات با ارزشی برای برنامه‌ریزی‌های درمانی خاص و ارائه مراقبت‌های پزشکی و بهبود عمل‌کرد گروه‌های پزشکی فراهم می‌کند [۱۰].

شناخت عوامل شناختی و عاطفی که بر پایداری در رفتار بیماران ESRD تاثیرگذار است و راهبردهای سازگاری و تعیین رابطه آن‌ها با عوامل اجتماعی جمعیتی هنوز به عنوان یک چالش مطرح می‌باشد. این چالش به مراقبت جامع از بیمار و بهبود کیفیت زندگی آنان بستگی دارد [۱۱].

این بیماری، تهدیدکننده زندگی محسوب می‌شود و نیازمند ارزیابی و تدوین برنامه درمانی چندبعدی می‌باشد. ترس و اضطراب در هر لحظه از همودیالیز همراه بیمار است، بنابراین هر بیمار بر اساس شرایط، نتایج آزمایش‌ها، سیر بیماری و بیماری‌های زمینه‌ای به برنامه درمانی اختصاصی نیاز دارد [۱۲]. بیمارانی که رژیم غذایی را رعایت نمی‌کنند، یا داروهایشان را منظم استفاده نمی‌کنند، در مقابل دیالیز مقاومت

می‌کنند، دچار مشکلات متعددی مانند کم‌تحرکی، DVT و متعاقبش آمبولی می‌شوند، سیکل معیوبی ایجاد می‌شود که کیفیت زندگی آن‌ها را مخدوش می‌نماید [۱۳]. در حال حاضر، مدیریت بیماران مبتلا به نارسایی کلیه، بسیار چالش برانگیز و مستلزم سازگاری بیمار با برنامه درمانی در این بیماری مخرب و پیشرفته می‌باشد [۱۴]. هم‌چنین تامین نیروی انسانی با وجود ویژگی‌ها و شایستگی‌های لازم، توسط سیاست‌گذاران، مدیران و برنامه‌ریزان در ارائه مراقبت همودیالیز از اهمیت اساسی برخوردار است [۱۵]. نقش افراد حرفه‌ای و بخش دیالیز در کمک به سازگاری با این بیماری و در زندگی آن‌ها در بسیاری از زمینه‌ها بسیار ارزشمند می‌باشد [۱۴].

از آن‌جا که همودیالیز، جنبه بهبودی ندارد، فاقد التیام و شفابخشی است، اما ضامن زندگی بیماران می‌باشد [۱۲]. بنابراین سازگاری با ESRD از اهمیت زیادی برخوردار است. سازگاری فرآیندی است که بر چگونگی و شیوه‌های کنار آمدن فرد با عوامل تنش‌زا تاکید می‌کند. سازگاری باعث تغییر در سبک زندگی افراد در موقعیت‌های تنش‌زا و حفظ تعادل و توانایی فرد در تامین نیازهایش می‌شود و دارای جنبه‌های جسمی، روانی و اجتماعی است [۱۶].

در مطالعه‌ای که با هدف تبیین چالش در پذیرش همودیالیز به روش کیفی نظریه زمینه‌ای انجام شد. یافته‌ها شامل چالش در پذیرش همودیالیز با طبقات "پذیرش ضرورت همودیالیز (با اجبار، بنا بر تجربه و استدلال و بنا بر هنجارهای اجتماعی)" و "عدم پذیرش ضرورت همودیالیز (به صورت ذهنی و عملی)" بود. محققین به این نتیجه رسیدند که افراد در گذار به همودیالیز در مورد پذیرش همودیالیز با چالش مواجه‌اند [۱۷].

Lin و همکاران (۲۰۱۵) در یک مطالعه کیفی با رویکرد تئوری زمینه‌ای به تبیین فرآیند سازگاری روانی اجتماعی در بیماران تحت درمان با همودیالیز پرداختند. نتایج مطالعه آنان نشان داد که مفهوم اصلی در این فرآیند "سازگاری در زندگی با همودیالیز" می‌باشد، چهار طبقه سازگاری در زندگی با همودیالیز شامل "لغزش"، "محدودیت در دنیای کلیوی"، "از

زندگی"، "احساس ناراحتی روانی و عاطفی"، "وابستگی به ماشین همودیالیز"، و "رویارویی با مشکلات" بود [۲۳]. Parvan و همکاران (۲۰۱۵) معتقدند از آنجا که بیماران همودیالیزی نیازمند مقابله و کنار آمدن با جنبه‌های مختلف بیماری خود هستند، بنابراین تبیین روش‌های سازگاری، اطلاعات باارزشی برای برنامه‌ریزی‌های درمانی خاص و ارائه مراقبت‌های پزشکی و بهبود عملکرد تیم‌های پزشکی فراهم می‌کند [۱۰]. عسگری و همکاران (۲۰۱۰) معتقدند در سیستم‌های مراقبت بهداشتی، پرستاران نقش اساسی را در کمک به بیماران همودیالیزی جهت سازگاری با مشکلات دارند [۲۴].

Tu و همکاران (۲۰۱۴) می‌نویسند یافته‌های حاصل از مطالعات کیفی در بیماران ESRD و تحت همودیالیز برای متخصصان مراقبت‌های بهداشتی، اطلاعات دقیق را ارائه می‌کند و به شناسایی حوزه‌های اولویت، برای توسعه مداخلات در آینده منجر خواهد شد [۲۵]. Al و Ahmad و Nazly (۲۰۱۵) نیز معتقدند تبیین عوامل استرس‌زا و راهبردهای استفاده شده توسط بیماران مبتلا به ESRD، به پرستاران و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی، جهت دستیابی به درک روشن‌تر از وضعیت این بیماران و برنامه‌ریزی مراقبت موثر برای موسسه کمک می‌کند [۲].

هم‌چنین استفاده از نظریه‌های پرستاری در مطالعات، تلاش برای اعتباربخشی به نظریه‌های پرستاری، سازماندهی اقدامات پرستاری و تولید دانش محسوب می‌شود [۲۲] و در طب بالینی و پرستاری نفرولوژی، مقایسه الگوی سازگاری روی، با استانداردهای انجمن پرستاران نفرولوژی آمریکا (ANNA) نشان داده که این الگو دارای جنبه‌های مهم و تکمیلی بیش‌تری می‌باشد [۲۶].

از آنجا که پرستاران، نقش مهمی در ارتقاء سازگاری بیماران ESRD دارند. از سوی دیگر، پرستاری به عنوان یک حرفه، برای پیشرفت خود نیز، به یک راهنمای مفهومی نیاز دارد، تا بتواند کار خود را، در زمینه درک درست از مشکلات بیماران، محیط، اهداف و مراقبت‌های لازم برای بیماران

دست دادن کنترل خود"، و "گرفتار شدن در یک روند بی‌پایان" بود. محققین دریافتند درک بهتر تجارب بیماران، به منظور رفع نیاز بیماران تحت درمان با همودیالیز، به ارائه بهتر مراقبت‌ها توسط پرستاران منجر می‌شود [۱۸].

سازگاری با بیماری‌های مزمن یک فرآیند پویاست و بیمار از طریق افزایش سطح سازگاری جسمانی و شناختی خود، می‌تواند به خود کنترلی دست پیدا کند، که این امر هدف نهایی در مدیریت بیماری‌های مزمن محسوب می‌شود [۱۹]. مدل سازگاری روی در مطالعات مربوط به تجارب بیماران همودیالیزی، به منظور سازگاری بهتر با بیماری و حفظ سلامتی بیماران مطرح می‌باشد [۹]. با توجه به تغییرات عمده‌ای که در زمینه‌های جسمانی، روانی، معنوی و اجتماعی، توسط بیماری ESRD و درمان آن ایجاد می‌شود، اهمیت استفاده از مدل سازگاری روی در ESRD مشخص می‌باشد [۲۱، ۲۰]. این مدل در مراقبت‌های پرستاری برای بهبود پاسخ‌های سازگارانه در چهار بعد فیزیولوژیک (جسمی)، درک از خود، ایفای نقش و استقلال / وابستگی کمک می‌کند. هم‌چنین استفاده از این مدل به شناسایی دقیق محرک‌های ناشناخته منجر می‌گردد، که سبب ایجاد رفتارهای ناسازگارانه در بیماران می‌شوند و به پرستار کمک می‌کند، تا یک الگوی مراقبتی صحیح را برای بیمار، تبیین و طراحی نماید [۲۲].

مروری بر مطالعات نشان می‌دهد که استفاده از مدل سازگاری روی در بیماران ESRD از ضرورت و اهمیت بالایی برخوردار است. Scaife (۲۰۰۶) به روش پدیدارشناسی، تجارب پنج بیمار مبتلا به ESRD و تحت درمان همودیالیز را تبیین نمود. درون مایه اصلی "پذیرش" و سه طبقه "چشم‌انداز مثبت"، "زندگی خانوادگی" و "مشارکت در مراقبت" انتزاع شد، وی بر استفاده از مدل سازگاری روی برای این بیماران تاکید نمود [۹] Hatthakit و Bayhakkhi (۲۰۱۲) در یک مطالعه متاسنتز در تبیین تجارب زندگی بیماران ESRD و تحت همودیالیز می‌نویسند: این بیماران ممکن است تغییرات جسمی، روان‌شناختی و ارتباطی را تجربه کنند. چهار درون‌مایه مطالعه "محدودیت جسمی در

بودن سن ۴۰ تا ۸۰ سال، تشخیص ESRD طبق پرونده پزشکی بیمار، تحت درمان با همودیالیز حداقل هفته‌ای سه بار و داشتن سابقه همودیالیز حداقل به مدت شش ماه بود. معیارهای خروج از مطالعه نیز دارا بودن معلولیت جسمانی، اختلال روانی، اعتیاد به مواد مخدر، ابتلا به سرطان، اختلال شنوایی، اختلال بینایی که مانع برقراری ارتباط مناسب شود، داشتن تجربه رویداد استرس‌زا طی ۶ ماه اخیر، انجام عمل پیوند کلیه حین انجام مطالعه، عدم رضایت و یا فوت بیمار بود. قبل از تکمیل پرسش‌نامه استاندارد الگوی سازگاری روی با بیماران ارتباط برقرار می‌شد و ضمن بیان اهداف مطالعه، به سوالات مقدماتی آن‌ها نیز پاسخ داده می‌شد. مشارکت‌کنندگان به صورت نمونه‌گیری هدفمند (Purposeful)، از افرادی که تجربه غنی از موضوع و تمایل به مشارکت در مطالعه را داشتند، انتخاب شدند. با توجه به اصل حداکثر تنوع (Maximum Variation) در امر نمونه‌گیری، بیماران تحت درمان با همودیالیز که از نظر سن، مدت ابتلا، شدت و علت بیماری در درجات مختلفی قرار داشتند و در شیفت‌های مختلف دیالیز می‌شدند، مشارکت‌کنندگان در پژوهش را تشکیل دادند. اطلاعات فردی مشارکت‌کنندگان شامل سن، جنس، تحصیلات، شغل، وضعیت تاهل، مدت زمانی که از شروع بیماری و نیاز به همودیالیز می‌گذشت، ثبت گردید. نمونه‌گیری تا زمان اشباع داده‌ها و طبقات ادامه یافت. پس از کسب موافقت و رضایت‌نامه آگاهانه و کتبی از مشارکت‌کنندگان، نمونه‌ها به صورت فردی مورد مصاحبه عمیق قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه نیمه ساختارمند، یادداشت‌های عرصه و دست‌نوشته‌ها استفاده شد. محور سؤالات مصاحبه، سازگاری در بیماران تحت همودیالیز بود. مصاحبه‌ها با سؤال باز "لطفا در مورد همودیالیز صحبت کنید"، "با چه مشکلاتی در همودیالیز روبرو هستید؟" آغاز شد. سؤالات پیگیری‌کننده بر اساس اطلاعاتی که مشارکت‌کنندگان ارائه می‌کردند، جهت روشن‌تر شدن مفهوم مورد مطالعه مطرح می‌گردید. از سؤالات کاوشی مانند می‌توانید بیش‌تر توضیح بدهید؟ یا یک مثال بزنید، برای

سازماندهی نماید. هم‌چنین توسعه فرآیند پرستاری، در مراحل ارزیابی رفتارها، بررسی محرک‌ها، تشخیص پرستاری، اهداف، مداخله و ارزیابی صورت می‌گیرد و این فرآیند به یک مراقبت پرستاری نظام‌مند در جهت سازگاری بیماران با محدودیت‌های ایجاد شده، به واسطه وضعیت بالینی آن‌ها، کمک می‌کند [۲۰]. بنابراین می‌توان انتظار داشت که با به کار بردن الگوی مراقبتی روی، رفتارهای سازگاری در بیماران تحت همودیالیز را تبیین نمود و عوارض ناشی از بیماری را در بیماران کاهش داد [۱۹]. لذا این مطالعه با هدف تبیین سازگاری در بیماران تحت همودیالیز بر اساس مدل سازگاری روی انجام شد.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه از روش تحلیل محتوای مرسوم استفاده شد. تحلیل محتوای مرسوم روشی مناسب برای به دست آوردن نتایج معتبر و پایا از داده‌های متنی جهت ایجاد دانش، بینش جدید، ارائه حقایق و راهنمای عملی برای عمل‌کرد است [۲۷]. چارچوب سازمان‌یافته تئوریک این مطالعه، مبتنی بر مدل سازگاری روی می‌باشد [۲۸].

برای انجام مطالعه حاضر تاییدیه کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی سمنان در تاریخ ۱۳۹۳/۰۹/۴ به شماره ۹۳/۵۲۹۲۰۹ اخذ شد. قبل از شروع کار ابتدا موافقت مسئولین مربوطه کسب شد و سپس به مشارکت‌کنندگان در باره‌ی هدف تحقیق، اطمینان از محرمانه بودن اطلاعات و حق آن‌ها در شرکت یا خروج از مطالعه، توضیح داده شد و رضایت آگاهانه از آنان کسب گردید. در این مطالعه که در سال ۱۳۹۴ انجام شد، محیط پژوهش، بخش همودیالیز بیمارستان‌های کوثر شهر سمنان و امام خمینی (ره) گرمسار بودند، جامعه مورد بررسی بیماران تحت درمان با همودیالیز بودند، که با توجه به تجربه‌ی همودیالیز در آن‌ها، مدل سازگاری روی و چهار مفهوم آن (ابعاد جسمی، درک از خود، ایفای نقش و وابستگی متقابل) مورد بررسی قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن رضایت کتبی، دارا

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 اساتید صاحب‌نظر امکان‌پذیر گردید [۳۰].

نتایج

در این مطالعه ۱۶ بیمار تحت همودیالیز مشارکت داشتند. حداقل و حداکثر سن آن‌ها ۷۵-۴۰، با میانگین سنی ۵۷ سال بود. شش مرد و ۱۰ زن در این مطالعه شرکت کردند. ۱۲ نفر متاهل، سه نفر همسر فوت کرده و یک نفر مطلقه بودند. از نظر تحصیلات، چهار نفر بی‌سواد، شش نفر ابتدایی، دو نفر راهنمایی و چهار نفر متوسطه بودند. هشت نفر خانه‌دار، یک نفر بیکار، چهار نفر بازنشسته، دو نفر شغل آزاد، یک نفر کارمند بودند. مدت زمان همودیالیز ۱۰۸-۶ ماه و میانگین مدت درمان همودیالیز این بیماران ۵۰ ماه بود. جدول ۱ مشخصات دموگرافیک مشارکت‌کنندگان را نشان می‌دهد.

از تحلیل داده‌ها در مجموع ۷۵ کد به دست آمد که با مقایسه مداوم و ادغام طبقات چهار درون مایه اصلی "مواجهه با چالش‌های جسمی"، "درک از خود تضعیف شده"، "ناتوانی در ایفای نقش" و "وابستگی منفعلانه" استخراج گردید (جدول ۲).

۱. **مواجهه با چالش‌های جسمی** مشارکت‌کنندگان به صورت روزمره با تجربه مشکلات متعدد جسمی به خصوص پوکی استخوان با شکایت از پا درد و کمردرد، ضعف و اسپاسم عضلانی، بی‌خوابی، اختلالات قلبی، حسی و عصبی، مشکلات گوارشی، دفعی و اختلال در تعادل مایعات روبرو بودند.

شرکت‌کننده ۲ خانمی ۶۶ ساله در این زمینه می‌گوید:
"چشم تاره و زیاد عطش می‌کنم".

شرکت‌کننده ۱۵ خانمی ۵۶ ساله در این باره می‌گوید:
"پیش قلب دارم".

شرکت‌کننده ۷ آقای ۶۳ ساله در این زمینه می‌گوید:
"احساس می‌کنم سرم سنگینه".

درک از خود تضعیف شده

تشویق مشارکت‌کنندگان و به منظور دستیابی به اطلاعات عمیق‌تر استفاده می‌شد. تحلیل داده‌ها به روش تحلیل محتوای قراردادی و بر اساس پنج گام Granheim و Lundman شامل ۱- مکتوب کردن کل مصاحبه بلافاصله بعد از انجام هر مصاحبه (Transcribing)، ۲- خواندن کل متن مصاحبه برای رسیدن به درک کلی از محتوای آن و تعیین واحدهای معنایی و کدهای اولیه (Meaning units)، ۳- انتزاعی نمودن واحدهای معنایی و کدهای اولیه (Abstracting)، ۴- طبقه‌بندی کدهای اولیه مشابه در طبقات جامع‌تر (Sorting codes) و ۵- تعیین محتوای نهفته در داده‌ها (Formulating themes) صورت گرفت [۲۷].

زمان مصاحبه‌ها از ۳۰ تا ۴۵ دقیقه متغیر بود. محل انجام مصاحبه‌ها بخش همودیالیز بود و مشارکت‌کنندگان در زمان انجام مصاحبه از لحاظ شرایط فیزیکی (عوارض حین همودیالیز)، دما، بو، تهویه و نور در آسایش بودند. جمع‌آوری و آنالیز اطلاعات هم‌زمان صورت می‌گرفت. تحلیل داده‌ها به روش تحلیل محتوای مرسوم و بر اساس پاسخ‌های بیماران به سوالات پرسش‌نامه الگوی سازگاری روی در چهار بعد (جسمی، درک از خود، ایفای نقش و استقلال/وابستگی) انجام شد.

به منظور تعیین اعتباربخشی داده‌ها (Rigour) از معیارهای لینکلن و گوبا (۱۹۸۵) استفاده شد [۲۹]. درگیری طولانی‌مدت محققین (Prolonged Engagement)، مشارکت کافی و تعامل مناسب با مشارکت‌کنندگان، با تلفیق اطلاعات و بررسی داده‌ها توسط مشارکت‌کنندگان (Member Check)، به افزایش مقبولیت داده‌ها (Credibility) کمک کرد. 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 شرکت‌کنندگان با تنوع نمونه‌گیری استفاده شد که اعتبار داده‌ها را افزوده و به تأییدپذیری داده‌ها (Confirmability) منجر شد. هم‌چنین قابلیت تعیین - تأیید با رعایت بی‌طرفی محققین، توافق روی کدها و درون‌مایه‌ها

شرکت‌کننده ۱۶ آقای ۴۰ ساله در این باره می‌گوید: "از وقتی مریض شدم، کارم رو از دست دادم و بیکار تو خونه نشستم".

شرکت‌کننده ۱۲ آقای ۶۱ ساله در این زمینه می‌گوید: "مريضم رو تا الان تحمل کردم و چاره‌ای جز ساختن باهاس ندارم".

۱۰. استیگان: عملانه تجربه بیماری و اختلالات توام با آن باعث شده بود که بیماران انزوای طلبی و گوشه‌گیری را ترجیح می‌دادند، حتی در برخی موارد آن‌ها روابط خود با اعضای خانواده را هم محدود کرده بودند. برخی از بیماران معتقد بودند که باید بستگان به خصوص فرزندان‌شان به آن‌ها رسیدگی بیشتری بکنند.

شرکت‌کننده ۱ خانمی ۵۷ ساله در این باره می‌گوید: "احساس می‌کنم از وقتی مریض شدم، اطرافیانم بهم بی‌توجهی میکنند".

یکی از مهم‌ترین مشکلات بیماران تحت همدیالیز، مسائل اقتصادی آن‌ها بود. شرکت‌کننده ۱۶ آقای ۴۰ ساله در این باره می‌گوید: "کمیتت امداد و فامیلام بهمون کمک میکنند، ولی بازم خیلی بهمون فشار می‌آد".

مشارکت‌کنندگان با تجربه محدودیت‌ها به دنبال بیماری، به تفاوت‌هایی که نسبت به گذشته عارض شده بود، آگاهی داشتند، واکنش آن‌ها به این تغییرات به صورت خشم، تجربه درماندگی و حتی تخلیه احساسات با گریه توام بود.

شرکت‌کننده ۶ خانمی ۵۸ ساله در این باره می‌گوید: "پاهام سیاه و خشک شده و با خودم میگم چرا من اینجوری شدم".

شرکت‌کننده ۱۴ خانمی ۴۰ ساله در این زمینه می‌گوید: "حرفای دلم رو به خانواده‌ام میگم، ولی همراهش گریه هم میکنم".

آزادانی: این‌نمای نقش ابتلا به این بیماری، باعث ایجاد مشکلاتی در انجام وظایف آنان شده بود، به خصوص برای مردان باعث ناتوانی در ادامه مشاغل قبلی آن‌ها شده بود، ولی بیماران بیان می‌کردند که با این چالش‌ها می‌سازند.

شرکت‌کننده ۱۴ خانمی ۴۰ ساله در این زمینه می‌گوید: "کارهای خونه رو خودم انجام میدم، ولی اون طوری که دوست دارم، مثل قبل، نمی‌تونم و الان از کارام راضی نیستم".

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک مشارکت‌کنندگان

میانگین	حداکثر - حداقل	مشارکت‌کنندگان
۵۷	۴۰-۷۵	سن
	۶ مرد و ۱۰ زن	جنس
	۴ بی‌سواد، ۶ ابتدایی، ۲ راهنمایی، ۴ متوسطه	تحصیلات
	۸ خانه دار، ۱ بی‌کار، ۴ بازنشسته، ۲ شغل آزاد، ۱ کارمند	شغل
۵۰ ماه	۶-۱۰۸ ماه	مدت دیالیز
	۱۲ متاهل، ۳ همسر فوت کرده و یک مطلقه	تاهل

جدول ۲. درون مایه‌های اصلی، طبقات، زیرطبقات، کدها و گفته‌های مشارکت‌کنندگان تحت همدیالیز

گفته‌های مشارکت‌کنندگان	کدها	زیر طبقه	طبقه	درون مایه
"کارهای خونه رو نمی‌تونم انجام بدم، چون ضعف عضلات پا دارم و زود بی حال و خسته می‌شم و پوکی استخوان شدید هم دارم، پیاده هم نمی‌تونم جایی برم منو با ویلچر می‌برن" (۲)	- پوکی استخوان، - پا درد، - کمر درد - ضعف و اسپاسم عضلانی	فعالیت و تحرک	جسمی	مواجهه با چالش‌های جسمی

درون مایه	طبقه	زیر طبقه	کدها	گفته های مشارکت کنندگان
		استراحت	- خستگی، - ضعف و بی حالی، - بی خوابی	"شبها ۵ الی ۶ ساعت می خوابم و هر ۲ ساعت از خواب می برم." (۱۱)
		تغذیه	- سوء هاضمه، - نفخ شکم، - تهوع - کم اشتها، - کاهش وزن	"شکم زیاد نفخ می کنه، دهانم بو می ده و اشتها به غذا کمه." (۱۰)
		محافظت	- مشکل در دستیابی به عروق، - خارش، - خشکی و پوسته ریزی پوست	"۶ ماه پیش، فیستولم از کار افتاد، شالون گذاشتم، اون هم خراب شد، باید برم گرفت بگذارم." (۴)
		حواس	- داغ شدن اندامها، - گزگز اندامها، - اختلال حسی، - تاری دید	"گزگز و خواب رفتگی زیادی تو پاهام دارم." (۱۰) "دستم که فیستول داره، حالت بی حسی و گزگز داره." (۱)
		دفع	- آنوری، - یبوست	"۳ یا ۴ روز یکبار کمی ادرار می کنم." (۳) "یبوست دارم و هر ۳ یا ۴ روز یک بار مدفوع می کنم." (۱)
		گردش خون	- فشارخون بالا، - تپش قلب، - تنگی نفس، - سرد شدن اندامها	"دست و پاهام خیلی سرد می شه و فشار خون هم دارم." (۶)
		مایعات و الکترولیتها	- ادم اندامها و صورت، - کم خونی، - عدم رعایت محدودیت در مصرف مایعات، - عطش، - افت فشار خون بعد از دیالیز، - هایپرکالمی، - هیپوکلسمی	"نمی تونم آب نخورم، گاهی در روز ۱۰ تا لیوان آب هم می خورم." (۴)
		نرولوژیک	- سردرد، - بی حوصلگی، - عصبی بودن، - سرگیجه، - عدم تعادل، - خواب آلودگی بعد از دیالیز	"بعد از دیالیز خواب آلود می شم، ... شبها موقع خواب سرگیجه دارم." (۶) "زیر دیالیز سرم درد می کنه ... و خیلی بی حوصله شدم." (۵) "وقتی از جام بلند می شم، سرم گیج می ره و انگار تعادل ندارم." (۳)
		غدد درون ریز	- دیابت، - کم شدن میل جنسی	"۱۰ سال می شه، دیابت دارم." (۲) "۳۰ ساله بودم که یائسه شدم و به خاطر لوپوس، تخمدان هام ضعیف شد." (۹)
		خود عینی (خود جسمی)	- خستگی از محدودیتها و جلسات مکرر و طولانی دیالیز، - تجربه ضعف بدنی، - درک تفاوت داشتن با سایرین	"بدنم خیلی ضعیف شده." (۷) "به خاطر نرمی استخوان شدید، شکل قفسه سینم عوض شده، سینه کبوتری شدم و ناخن هام تغییر شکل داده." (۱۲)
درک از خود	درک از خود	خود ذهنی	- بیزار از حساسیت، - عصبانیت ناخواسته، - ابراز مشکلات و احساسات خود	"ای کاش کم تر عصبی می شدم، می تونستم مشکلات و حرفام رو به کسی بزنم و توی خودم نریزم." (۱۱)
		خود شخصی	- عصبانیت، - منفی نگری، - ناامیدی، - درماندگی، - بی قراری، - احساس عجز، - گریه کردن در تنهایی	"همیشه اضطراب و دلشوره دارم، تو خونه بی تابی و بی قراری می کنم، ولی اشکم نمی آد." (۶) "هیچ امیدی تو زندگیم ندارم، شبها تا صبح بیدارم و با خدا درد و دل می کنم." (۲)

درون مایه	طبقه	زیر طبقه	کدها	گفته های مشارکت کنندگان
		خود ایده آل	- حسرت گذشته و سلامتی را می خوردند.	"خیلی حسرت سلامتییم رو می خورم، کاش سالم بودم و کارهام رو خودم می کردم." (۶)
		خود معنوی	- توکل به خدا، - دعا، - نذر، - امید به خداوند	"به خدا توکل کردم و دعا و نذر هم زیاد می کنم که خوب بشم." (۱۵)
		خود اخلاقی	- پایبندی به رعایت ارزش های اخلاقی	"همیشه تو زندگی سعی کردم دروغ نگویم و غیبت هم نکنم یا به کسی تهمت نزدم." (۲) "اهل حسادت و چشم و هم چشمی نیستم." (۱۵)
ناتوانی در ایفای نقش	ایفای نقش	خود در رابطه با دیگران	- کم شدن روابط با اعضای خانواده - عصبانیت، - گوشه نشینی	"سر چیزای کوچیک زود عصبانی می شم، وقتی عصبانی می شم، داد و فریاد می کنم." (۱۴)
		نقش اولیه	ناتوانی در انجام کارهای شخصی و منزل، ناتوانی در مطالعه کردن، داشتن توقع بالا از اطرافیان	"گاری شخصیم رو خودم می کنم، ولی تو حمام رفتن باید دخترم کمک کنه، چون می ترسم تو محوم حالم بد بشه." (۹)
		نقش ثانویه	از دست دادن شغل اختلال در نقش همسری	"من و شوهرم اصلا با هم خوب نیستیم، تو یه خونه زندگی می کنیم، ولی از صبح تا شب، با من حرف نمی زنه یا همش تهاجم، می زاره و می رده بیرون، بیش تر اوقات با هم قهریم." (۱۰)
		نقش ثالثیه	ناتوانی عملکردی سختی در پذیرش بیماری و پیامدهای آن	"اوایل، بیماریم و عوارض مختلفش رو نمی تونستم تحمل کنم، برام سخت بود، ولی بهش عادت کردم." (۱۱)
وابستگی منفعلانه	استقلال /وابستگی	سایرین مهم	- انزوا طلبی، - کم صحبتی، - طرد شدن - کم شدن رفت و آمدها - رابطه نامناسب با اعضای خانواده	"احساس می کنم از وقتی مریض شدم، اطرافیانم بهم بی- توجهی می کنن." (۱) "از بچه هام توقع دارم، بیش تر به من سر بززن." (۱۳)
		سیستم حمایتی	- مشکلات اقتصادی	"کمیته امداد و فامیلام بهمون کمک می کنن، ولی بازم خیلی بهمون فشار می آد." (۱۶)

بحث و نتیجه گیری

نتایج این مطالعه چالش های موجود در سازگاری با بیماری در بیماران تحت همودیالیز را تبیین نمود، به نحوی که مسائل و مشکلات در ابعاد مختلف مدل سازگاری روی را به نحوی که بیماران درک و تجربه کرده بودند، نشان داد. مواجهه با چالش های جسمی یکی از درون مایه های سازگاری در بیماران مبتلا به ESRD بود. Flythe و همکاران (۲۰۱۵) نیز می نویسند علائم جسمی در بیماران تحت درمان با دیالیز بسیار شایع هستند و نقش مهمی در کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دارد [۳۱].

تبیین راهبردهای مقابله ای فرد در یک موقعیت استرس زا، به منظور تعیین اهداف درمان و نظارت بر اثرات درمانی می تواند مفید باشد. Tu و همکاران (۲۰۱۴) می نویسند: این گروه از بیماران، نسبت به مطالعات قبلی، سطوح بالاتری از استرس را تجربه کرده بودند. سه مورد از عواملی که بیش ترین استرس زایی را به همراه داشت، شامل محدودیت مایعات، محدودیت مواد غذایی و خستگی بودند. در این بیماران عوامل استرس زای فیزیولوژیکی، بیش از مشکلات روانی اجتماعی مطرح می باشد و استفاده از روش های مقابله ای مشکل گرا بیش از هیجان مدار استفاده می شود [۲۵]. در حالی که Gurkan و همکاران (۲۰۱۵) معتقدند بیماران ESRD تحت همودیالیز از روش های مقابله ای اضطراب و افسردگی استفاده

فیزیولوژیکی بالاتر می‌باشد. بنابراین باید توجه به مشکلات روانی اجتماعی بیماران تحت همودیالیز متمرکز شود و به بیماران در استفاده از استراتژی‌های مقابله‌ای جهت کاهش عوامل استرس‌زا کمک شود [۲].

ناتوانی در ایفای نقش یکی از درون‌مایه‌های سازگاری در بیماران مبتلا به ESRD بود. در دو مطالعه براز و همکاران (۲۰۰۶) و طیبی و همکاران (۲۰۱۰) نیز به ترتیب به وجود مشکلاتی در ایفای نقش فیزیکی و حیطه عاطفی در بیماران همودیالیزی تاکید گردیده است [۳۶، ۳۵]. Al Nazly و همکاران (۲۰۱۳) در یک مطالعه کیفی برای تبیین تجارب بیماران تحت همودیالیز به هفت درون‌مایه مشترک "تغییر در شیوه زندگی"، "زمان هدر رفته"، "علائم مرتبط به درد و رنج"، "اختلال در نقش زناشویی و خانوادگی"، "اختلال در تعهد مذهبی"، "محرک‌های تخفیف عوامل استرس‌زا" و "تجربه پشتیبانی ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی" دست یافتند [۳۷]. بیماران تحت دیالیز بسیاری از اختلالات روانی را تجربه می‌کنند، بنابراین، آموزش و ارائه اطلاعات به آن‌ها، به منظور استفاده از روش‌های مناسب سازگاری، هم‌چنین روابط اجتماعی مناسب، حمایت‌های اجتماعی مستمر و تدوین سیاست‌های بهداشتی مناسب به منظور جلوگیری از اختلالات روانی، ارائه خدمات مورد نیاز و پشتیبانی بیماران، ضروری به نظر می‌رسد [۳۸].

وابستگی منفعلانه یکی از درون‌مایه‌های سازگاری در بیماران مبتلا به ESRD بود. در مطالعه Small (۲۰۱۰) تحت عنوان "تجارب کیفیت زندگی از دیدگاه بیماران ESRD تحت درمان همودیالیز" چهار مضمون "از دست دادن استقلال و فعالیت‌های اختیاری"، "محدودیت در روابط"، "احساس تغییرات فیزیولوژیکی قابل توجه و ضعف" و "محدودیت مالی" انتزاع شد [۳۹]. یافته‌های این تحقیق نشان داد که بیماران از اطرافیان به خصوص فرزندانشان تقاضای رسیدگی بیش‌تری دارند، Lin و همکاران (۲۰۱۵) نیز نیاز به ابعاد مختلف مراقبت‌های روانی و عاطفی در بیماران تحت همودیالیز را نشان دادند. یافته‌های این مطالعه به افزایش درک

می‌کنند. هم‌چنین این بیماران، نسبت به بیماران تحت پیوند کلیه، از استراتژی‌های کاربردی کم‌تر استفاده می‌کنند [۳۲]. آن‌ها هم‌چنین می‌نویسند: در بیماران تحت درمان همودیالیز، نسبت به بیماران پیوندی، استفاده از استراتژی‌های مقابله‌ای غیرعمل‌کردی، بیش‌تر می‌باشد [۳۲]. Krueger (۲۰۰۹) می‌نویسد: ناراحتی، افت فشار، تهوع، استفراغ، کرامپ‌های عضلانی، سردرد، از دست دادن قوام عضلانی از مشکلات جسمی بیماران ESRD می‌باشد، هم‌چنین مشکلات مالی، مشکلات مربوط به حمایت خانوادگی، افسردگی و اضطراب به عنوان موانعی در این بیماران عمل می‌کنند [۳۳]. Frazão و همکاران (۲۰۱۴) نیز در مطالعه خود مشکلات سازگاری بیماران را بر اساس مدل روی تبیین کردند که شامل هاپیرکالمی، ادم، عدم تحمل فعالیت، اختلال در تحرک، هیپوکالسمی، تاری دید، بی‌خوابی، اختلال در تمامیت پوستی، یبوست، اعتماد به نفس پایین، ضعیف دیدن بدن خود، اختلال در عمل‌کرد جنسی، سوء تغذیه و اختلال در مراقبت از خود بود [۲۰].

درک از خود تضعیف‌شده یکی از درون‌مایه‌های سازگاری در بیماران مبتلا به ESRD بود. پاسخ بیماران به درک از خود بیش‌تر به صورت ابراز نگرانی، غم، اندوه و گریه کردن بود. Parvan و همکاران (۲۰۱۵) می‌نویسند: وابستگی جسمی به ماشین همودیالیز، محدودیت در عمل‌کرد فیزیکی، تغییر در عمل‌کرد جنسی، از دست دادن اشتها و انرژی، محدودیت در رژیم غذایی و مصرف مایعات، مصرف مقادیر بالای داروها از عوامل استرس‌زای جسمی؛ و صرف مدت زمان زیاد جهت درمان، از دست دادن شغل و استقلال، تغییرات در زمینه درک از خود و ترس از مرگ، از عوامل استرس‌زای روانی در بیماران تحت همودیالیز می‌باشند [۱۰]. دهکردی و شاهقولیان (۲۰۱۳) نیز می‌نویسند: به منظور کاهش فشارهای بیماری و درمان، ترویج سلامت روان، کیفیت زندگی و کارآمدی آنان، در نظر گرفته شود [۳۴]. Ahmad و Al Nazly (۲۰۱۵) می‌نویسند: در بیماران تحت همودیالیز، میانگین نمره استرس‌های روانی اجتماعی نسبت به عوامل استرس‌زای

این مطالعه حاصل طرح پژوهشی شماره ۶۸۴ و پایان نامه دانشجوی کارشناسی ارشد مراقبت‌های ویژه پرستاری می‌باشد. از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی سمنان که اجرا و هزینه‌های این طرح را مورد حمایت قرار دادند، قدردانی می‌شود، از واحد توسعه تحقیقات بالینی مراکز آموزشی، پژوهشی و درمانی کوثر دانشگاه علوم پزشکی سمنان و امام خمینی (ره) گرمسار و مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری دانشکده پرستاری و پیراپزشکی سمنان بابت تایید و تامین تسهیلات این تحقیق تقدیر و تشکر می‌شود، هم‌چنین از بیماران ارجمند همودیالیز، پرستاران و مسئولین محترم بخش‌های مراقبت ویژه همودیالیز بیمارستان کوثر سمنان و امام (ره) گرمسار صمیمانه سپاس‌گزاری می‌شود.

منابع

- [1] Parvan K, Ghoujzadeh M, Ahangar R. Stressors and methods of coping with stress in peritoneal dialysis patients. *Nursing & Midwifery Journal of Tabriz University of Medical Sciences*. 2010; 5(17): 34-41. (Persian).
- [2] Ahmad MM, Al Nazly EK. Hemodialysis: stressors and coping strategies. *Psychol Health Med* 2015; 20: 477-487.
- [3] Stengel B, Combe C, Jacquelinet C, Briançon S, Fouque D, Laville M, et al. The French chronic kidney disease-renal epidemiology and information network (CKD-REIN) cohort study. *Nephrol Dial Transplant (NDT)*. 2014; 29: 1500-1507.
- [4] Braz SH, Zarea K, Dashtbozorgi B. Comparing the effect of two educational programs on the Quality of life of hemodialysis patients in Iran. *Iran Red Crescent Med J* 2014; 16: e19368.
- [5] Beladi-Mousavi SS, Alemzadeh-Ansari MJ, Alemzadeh-Ansari MH, Beladi-Mousavi M. Long-term survival of patients with End-stage renal disease on maintenance hemodialysis: A multicenter study in Iran. *Iranian J Kidney Dis* 2012; 6: 452-456.
- [6] Hosseini F, Kasraei F, Nassiri A, Azizi F. High prevalence of chronic kidney disease in Iran: a large population-based study. *BMC Public Health* 2009; 44: 1-8.
- [7] Sakhai SH, Motearefi H, Khorami A, Habibpoor Z. A study about frequency of stressors and coping confrontation styles hemodialysis patients in khorramshahr 2010. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2014; 11: 998-1005. (Persian).
- [8] Ahmadi F, Ghalyaf M, Rahimi A. Impact of Continuous care model on self-esteem in hemodialysis patients. *J Zanjan Univ Med Sci* 2006; 13: 16-21. (Persian).
- [9] Scaife D. "What is the lived experience of the client with end stage renal disease on hemodialysis?" 2006; Theses and Dissertations. Paper 1382.
- [10] Parvan K, Ahangar R, Hosseini F, Abdollahzadeh F, Ghojzadeh M, Jasemi M. Coping methods to stress

تجارب درمانی همودیالیز مزمن، از دیدگاه گیرندگان مراقبت کمک می‌کند. درک بهتر این تجارب، با توجه به نیازهای بیماران تحت همودیالیز، به فراهم نمودن مراقبت‌های پرستاری مناسب‌تر منجر می‌گردد [۱۸]. عسگری و همکاران (۲۰۱۱) در مطالعه کیفی به روش تئوری زمینه‌ای، درک تهدید بیماری و عوارض بیماری و همودیالیز، پذیرش بیماری و همودیالیز، خودباوری و مدیریت زندگی به عنوان گذرگاه‌هایی برای رسیدن به مرحله برگشت به زندگی عادی و فعال را باعث سازگاری با همودیالیز مطرح نمودند و در این فرآیند عواملی مانند استفاده بهینه از منابع حمایتی، باورهای دینی، اشتغال، وضعیت مالی، نقش تسهیل‌کننده‌ها و یا بازدارنده‌ها را در سازگاری با همودیالیز داشتند [۴۰].

بر اساس مدل سازگاری روی، پاسخ‌های بیمار شناسایی شده و از طریق دست‌کاری محرک‌ها و مداخلات پرستاری، پاسخ‌های سازگاران در بیماران افزایش می‌یابد و در نتیجه بیمار به سازگاری جسمانی و روانی بهتری دست می‌یابد [۱۹].

یافته‌های حاصل از مطالعه پاسخ‌های سازگاری در بیماران تحت همودیالیز بر اساس ابعاد مدل روی را تبیین نمود. در این پژوهش ۱۶ بیماری که در بخش همودیالیز بیمارستان‌های کوثر شهر سمنان و امام خمینی (ره) گرمسار همودیالیز می‌شدند، مورد مطالعه قرار گرفتند. بنابراین یافته‌ها مربوط به تعداد مشارکت‌کننده و این مراکز و فرهنگ آنان می‌باشد، هم‌چنین مطابق با سایر مطالعات کیفی، معمولاً قابلیت انتقال‌پذیری کم می‌باشد. نتایج این مطالعه می‌تواند زمینه‌ای برای انجام سایر مطالعات به روش‌های کمی و کیفی باشد، در این راستا پیشنهاد می‌گردد مطالعات مداخله‌ای جهت غلبه بر چالش‌ها و موانع در ابعاد مختلف سازگاری، برای بیماران مبتلا به ESRD و به خصوص برای بیمارانی که تحت درمان همودیالیز می‌باشند، توسط سایر محققین مورد بررسی قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

intervention for adult hemodialysis patients: application of Roy's Adaptation Model. ANNA J 1998; 25: 311-319.

[27] Granheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Educ Today 2004; 24: 105-112.

[28] Hekari D, Mohammadzadeh R. The assessment of adaptation rate of coronary artery disease female patients according to quadruple aspects of physiologic, self perception, role playing and independence/dependence in Tabriz, 1386-87. Islamic Azad Tehran Med Unit 2008; 18: 187-193. (Persian).

[29] Lincoln Y, Guba E. Naturalistic inquiry. California: Sage publication; 1985.

[30] Streubert Speziale H, Streubert H, Rinaldi Carpenter D. Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.

[31] Flythe JE, Powell JD, Poulton CJ, Westreich KD, Handler L, Reeve BB, et al. Patient-reported outcome instruments for physical symptoms among patients receiving maintenance dialysis: a systematic review. Am J Kidney Dis 2015; 66: 1033-1046.

[32] Gurkan A, Pakyuz SÇ, Demir T. Stress coping strategies in hemodialysis and kidney transplant patients. Transplant Proc 2015; 47: 1392-1397.

[33] Krueger L. Experiences of hmong patients on hemodialysis and the nurses working with Them. J Nephrol Nurs 2009; 36: 379-388.

[34] Dehkordi LM, Shahgholian N. An investigation of coping styles of hemodialysis patients. Iran J Nurs Midwifery Res 2013; 18: 42-46. (Persian).

[35] Baraz S, Mohammadi E, Broumand B. The effect of self-care educational program on decreasing the problems and improving the quality of life of dialysis patients. Sci J Kurdistan Univ Med Sci 2006; 10: 69-79. (Persian).

[36] Tayyebi A, Salimi SH, Mahmoudi H. Comparison of quality of life in hemodialysis and renal transplantation patients. Iran J Crit Care Nurs 2010; 3: 19-22.

[37] Al Nazly E, Ahmad M, Musil C, Nabolsi M. Hemodialysis stressors and coping strategies among Jordanian patients on hemodialysis: a qualitative study. Nephrol Nurs J 2013; 40: 321-327.

[38] Shahgholian N, Tajdari S, Nasiri M. Reviewing and comparing self-concept in patients undergoing hemodialysis and peritoneal dialysis. Iran J Nurs Midwifery Res 2012; 17: S85-S90.

[39] Small LF. Quality-of-life experiences from the perspective of patients receiving hemodialysis for chronic renal failure. J Interdisciplinary Health Sci 2010; 15: 1-7.

[40] Asgari MR, Mohammadi E, Fallahi Khoshknab M, Tamadon MR. The perception of chronic renal failure patients from advocacy resources in adjustment with hemodialysis: A qualitative study. Iranian J Crit Care Nurs 2011; 4: 133-144.

among Patients on Hemodialysis and peritoneal dialysis. Saudi J Kidney Dis Transpl 2015; 26: 255-262.

[11] Vélez-Vélez E, Bosch RJ. Illness perception, coping and adherence to treatment among patients with chronic kidney disease. J Adv Nurs 2016; 72: 849-863.

[12] Nobahar M. Experiences of the hemodialysis patients and medical staff about regarding of nursing care: A content analysis. J Qual Res Health Sci 2016; 4: 472-483.

[13] Nobahar M. Factors affecting the safety of hemodialysis' patients in dialysis ward and their strengthening strategies. Koomesh 2016; 17: 547-562. (Persian).

[14] Ricci WF, Longley HS, Sagduyu K. Psychological aspects of dialysis: a case-based discussion. Mol Med 2014; 111: 516-520.

[15] Nobahar M, Tamadon MR. Barriers to and facilitators of care for hemodialysis patients; a qualitative study. J Renal Inj Prev 2016; 5: 39-44.

[16] Afrasiabifar A, Hasani P, Khoshkenab MF, Yaghamaei F. Models of adjustment to illness. Iran J Nurs Midwifery Res 2010; 19: 42-47. (Persian).

[17] Hassani P, Otaghi M, Zagheri-Tafreshi M, Nebakhat-Nasrabadi A. The Facilitators of the Transition to Hemodialysis. Iran J Nurs (IJN) 2013; 25: 14-23.

[18] Lin CC, Han CY, Pan IJ. A qualitative approach of psychosocial adaptation process in patients undergoing long-term hemodialysis. Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci) 2015; 9: 35-41.

[19] Alimohammadi N, Maleki B, Shahriari M. Effect of a care plan based on Roy adaptation model biological dimension on stroke patients' physiologic adaptation level. IJNMR 2015; 20: 275-281.

[20] Frazão CM, Dantas de Sá J, Medeiros AB. The adaptation problems of patients undergoing hemodialysis: socio-economic and clinical aspects. Rev Lat Am Enfermagem 2014; 22: 966-972.

[21] Hassani P, Otaghi M. Roy Adaption Model in Hemodialysis Patient: A mixed method research. J Urmia Nurs Midwifery Fac 2012; 10: 610-620. (Persian).

[22] Frazão CM, Medeiros AB, Paiva MG. Nursing diagnoses and adaptation problems among chronic renal patients. Invest Educ Enferm 2015; 33: 119-127.

[23] Bayhakki, Hatthakit U. Lived experiences of patients on hemodialysis: a meta-synthesis. Nephrol Nurs J 2012; 39: 295-304.

[24] Asgari MR, Mohammadi E, Fallahi Khoshknab M, Tamadon MR. Hemodialysis patients' perception from nurses' role in their adjustment with hemodialysis: A qualitative study. Koomesh 2010; 12: 385-395. (Persian).

[25] Tu HY, Shao JH, Wu FJ, Chen SH, Chuang YH. Stressors and coping strategies of 20-45-year-old hemodialysis patients. Collegian 2014; 21: 185-192.

[26] Keen M, Breckenridge D, Frauman AC, Hartigan MF, Smith L, Butera E, et al. Nursing assessment and

Exploration of adjustment in hemodialysis patients: Qualitative content analysis

Monir Nobahar (Ph.D), Mohadese Saffari (M.Sc), Hassan Babamohamadi (Ph.D)*, Nemat Sotodehasl (Ph.D)

1 - Nursing Care Research Center, Faculty of Nursing and Allied Health, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran.

(Received: 31 May 2016; Accepted: 4 Sep 2016)

Introduction: Patients in end stage renal disease are at risk of numerous complications. To support patients in order to achieve adjustment, several models including the Roy adaptation model (RAM) have been suggested. The aim of this study was to determine adjustment in hemodialysis patients based on the RAM.

Materials and Methods: This qualitative study was conducted in 2015 with conventional content analysis approach. Sampling was purposeful with maximum variation, 16 participants of hemodialysis patients referred to Imam Khomeini (RA) Garmsar and Semnan Kosar hospitals (Iran) participated in the study. Data were collected with structured interviews using demographic and RAM questionnaires. Data analysis was concurrent with data collection using conventional content analysis based on the five-step Granheim and Lundman (2004). Rigor of the study was conducted using measures of Lincoln and Guba.

Results: Four main themes "facing physical challenges", "self-perception weakened," "inability to role function" and "passive dependence" was emerged from data analysis.

Conclusion: The results obtained from this study explored adjustment responses in patients undergoing hemodialysis on the basis of the RAM. Findings of this study is valuable for patients, all those who are involved in the care of hemodialysis patients.

Keywords: Adjustment, End Stage Renal Disease, Hemodialysis, Nursing Models, Qualitative Research

* Corresponding author. Tel: +98 23 33654190

babamohamadi@semums.ac.ir