

## رفتارهای خودمدیریتی در بیماران دریافت‌کننده پیوند کلیه: تحلیل محتوای کیفی

سمیه خضرلو\*<sup>۱</sup>، حسین محمودی<sup>۲</sup>، زهره وفادار<sup>۳</sup>، حمید شریف‌نیا<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت ۱۴۰۲/۰۷/۱۵ تاریخ پذیرش ۱۴۰۲/۰۹/۰۸

## چکیده

**پیش‌زمینه و هدف:** خودمدیریتی در بیماران پیوند کلیه منجر به افزایش مدت‌زمان بقای بافت، کاهش پس‌زدن گرافت، شناسایی زودرس عوارض دارویی و افزایش کیفیت زندگی می‌شود. بیماران پیوند کلیه رفتارهای خودمدیریتی ضعیفی دارند. دانستن اینکه بیماران پیوند کلیه چگونه باید با مشکلات مواجه شوند و آن‌ها را مدیریت کنند منجر به بهبود پیامدهای پیوند می‌شود. این مطالعه باهدف تبیین رفتارهای خودمدیریتی بیماران دریافت‌کننده پیوند کلیه انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه از نوع کیفی و با تعداد هجده مصاحبه انجام شد. مشارکت‌کننده‌ها به‌صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. داده‌ها از طریق مصاحبه عمیق و نیمه ساختارمند جمع‌آوری شد و از طریق تحلیل محتوای کیفی با رویکرد قراردادی، تجزیه و تحلیل شد.

**یافته‌ها:** یافته‌ها شامل یک درون‌مایه تلاش برای رسیدن به تعادل و ثبات در زندگی و شش طبقه اصلی اصلاح سبک زندگی، خودمراقبتی جسمی، خودکارآمدی، تاب‌آوری، سازگاری با نقش‌های جدید و مدیریت درمان بود.

**بحث و نتیجه‌گیری:** تم اصلی منعکس‌شده در تمام طبقات و زیر طبقات تبیین شده در این مطالعه، نشان‌دهنده تلاش مشارکت‌کنندگان جهت رسیدن به تعادل و ثبات در زندگی بعد از پیوند کلیه بود. پیوند کلیه را می‌توان یک رویداد شروع‌کننده دوره ناپایداری و بی‌ثباتی پس از یک دوره طولانی بیماری و زوال سلامتی در نظر گرفت. بنابراین برنامه‌های خودمدیریتی بعد از پیوند کلیه باید بر حمایت از بیماران در بازسازی ثبات در زندگی متمرکز شود.

**کلیدواژه‌ها:** بیماری مزمن، پیوند کلیه، خودمدیریتی

مجله پرستاری و مامایی، دوره بیست و یکم، شماره هشتم، پی‌درپی ۱۶۹، آبان ۱۴۰۲، ص ۶۶۳-۶۵۳

آدرس مکاتبه: گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی خوی، خوی، ایران، تلفن: ۴۴۳۶۲۵۷۶۶۸

Email: khezerloos@yahoo.com

## مقدمه

رهایی بیماران از دیالیز می‌شود؛ با این حال بیماران پیوندی باید مادام‌العمر از رژیم‌های درمانی خاصی تبعیت کنند، از این‌رو در گروه بیماری‌های مزمن طبقه‌بندی می‌شوند (۲، ۴). بیماری‌های مزمن نیاز به مراقبت مزمن و مادام‌العمر دارند و در نتیجه بنا به دلایل منطقی و مشکلات مالی، بسیاری از افراد به این نتیجه رسیده‌اند که بخش قابل‌توجهی از این مراقبت‌ها باید توسط خود بیماران انجام شود (۵).

باوجود پیشرفت‌های وسیع در انجام جراحی پیوند کلیه، خطر پس‌زدن بافت پیوندی و عوارض جانبی داروهای سرکوبگر سیستم ایمنی همچنان وجود دارد (۶). البته میزان بروز پس‌زدن حاد بافت

روش‌های درمانی برای بیماران مرحله انتهایی نارسایی مزمن کلیه<sup>۵</sup> به سه دسته همودیالیز، دیالیز صفاقی و پیوند کلیه تقسیم می‌شود (۱). برای این بیماران بهترین درمان انتخابی، پیوند کلیه است (۲). سالانه ۲۷۰۰ مورد پیوند کلیه در ایران انجام می‌شود که ۵۶ درصد آن‌ها از بیماران مرگ مغزی و بخش دیگری از آن از اهداکنندگان زنده صورت می‌گیرد. در حال حاضر ۴۸ درصد بیماران کلیوی در ایران تحت عمل جراحی پیوند کلیه قرار می‌گیرند که نشان‌دهنده بالا بودن آمار پیوند کلیه و پیشرفت خوب ایران در این زمینه است (۳). انجام پیوند کلیه منجر به بهبود کیفیت زندگی و

<sup>۱</sup> استادیار پرستاری، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی خوی، خوی، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۲</sup> استاد آموزش پرستاری، مرکز تحقیقات تروما و دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، تهران، ایران.

<sup>۳</sup> دانشیار، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت، گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، تهران، ایران.

<sup>۴</sup> دانشیار، دانشکده پرستاری و مامایی آمل، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.

<sup>۵</sup> End stage renal disease

با توجه به کمبود تعداد کلیه‌های اهدایی موجود، جهت جلوگیری از پس زدن بافت پیوندی و در نتیجه بازگشت مجدد بیماران به لیست انتظار پیوند، مدیریت طولانی‌مدت کلیه پیوند شده، بسیار مهم می‌باشد؛ مخصوصاً خودمدیریتی شرایط جدید بیماران جهت بقای بافت پیوندی، حیاتی می‌باشد. نتایج مطالعات نشان می‌دهد که خودمدیریتی بیماران در سطح ضعیف قرار دارد (۱، ۳). مطالعات انجام‌شده در ارتباط با بیماران پیوند کلیه در ایران در مقایسه با سایر بیماران مزمن، بسیار محدود می‌باشد. بر اساس دانش کنونی و با توجه به تفاوت‌های فرهنگی عمیق ایران با سایر کشورها، در ایران مطالعه‌ای در زمینه بررسی جامع وضعیت رفتارهای خودمدیریتی در بیماران پیوند کلیه انجام نشده است. به علت عدم شناسایی درست وضعیت موجود خودمدیریتی و عدم شناسایی عوامل تأثیرگذار، طراحی و اجرای مداخلات آموزشی و همچنین طراحی و اجرای الگوی خودمدیریتی جامع در این بیماران با چالش مواجه می‌باشد. برای برنامه‌ریزی جهت ارتقاء خودمدیریتی این بیماران، ضروری است که ابتدا شناخت درستی از رفتارهای خودمدیریتی بیماران پیوند کلیه حاصل شود. لذا انجام این مطالعه می‌تواند گپ موجود در زمینه تبیین رفتارهای خودمدیریتی بیماران پیوند کلیه را بر طرف کند. بنابراین کمبود مطالعات از این نوع پژوهشگران را بر آن داشت تا با انجام تحقیق کیفی حاضر که با سؤال پژوهش هم‌خوانی دارد رفتارها و تجربیات خودمدیریتی را در دریافت‌کنندگان پیوند کلیه به‌طور عمیق مورد مطالعه قرار دهند. از آنجایی که رفتار خودمدیریتی یک مفهوم پیچیده و چندبعدی می‌باشد، بررسی آن در این بیماران از عهده مطالعات کمی خارج بوده و بررسی رفتار خودمدیریتی با شناخت تجربیات این بیماران از زبان خودشان تنها با طراحی پژوهش کیفی امکان‌پذیر است. بنابراین، این مطالعه باهدف تبیین رفتارهای خودمدیریتی در بیماران دریافت‌کننده پیوند کلیه در ایران انجام شد.

### مواد و روش کار

مطالعه حاضر از نوع تحلیل محتوای کیفی با رویکرد قراردادی با روش پنج مرحله‌ای گرانپه‌ایم و لاندمن<sup>۱</sup> شامل ۱- پیاده کردن مصاحبه‌ها و مطالعه آن‌ها به دفعات برای به دست آوردن مفهوم کلی از آن‌ها ۲- تقسیم متن به واحدهای معنایی ۳- خلاصه و متراکم کردن واحدهای معنا و استخراج کدها ۴- قرار دادن کدها به‌صورت گروهی در زیر طبقات و طبقات بر اساس شباهت‌ها و تفاوت‌هایشان ۵- سازمان‌دهی و استخراج تم‌ها از محتوای نهفته متن مصاحبه‌ها، انجام شد (۲۱). نمونه‌گیری با روش مبتنی بر هدف شروع شد و تا

پیوندی، به دلیل پیشرفت‌هایی که در تولید داروهای سرکوب‌کننده سیستم ایمنی حاصل شده، کاهش یافته است (۷). آمار بستری شدن مجدد بیماران پیوند کلیه در ماه‌های اول پس از پیوند، بالاتر از سایر بیماران است و ۲۰ درصد بستری مجدد آن‌ها به دلیل انواع عفونت‌ها است (۸). بیماران پیوند کلیه نسبت به سایر بیماران مزمن، درجات بالاتری از استرس، اضطراب، افسردگی و سایر حالات عاطفی منفی را تجربه می‌کنند که همه این عوامل در تبعیت از رژیم‌درمانی و مراقبت از خود بیماران، تأثیرگذار است (۹-۱۱). پیامدهای پیوند کلیه تنها به عوامل سرکوبگر سیستم ایمنی بستگی ندارد بلکه با مواردی مانند تبعیت از درمان و بیماری‌های مزمن کلیوی بعد از پیوند کلیه نیز مرتبط است. (۱۲، ۱۳). پس از انجام پیوند کلیه، بیماران به‌صورت مادام‌العمر متعهد می‌شوند که پیامدهای پیوند کلیه و رژیم‌درمانی خود را مدیریت کنند (۱). در بسیاری از موارد به دلیل مشارکت ضعیف بیمار در امر مراقبت از خود و کنترل علائم نارسایی کلیه پیوندی، پس زدن بافت خیلی سریع‌تر اتفاق می‌افتد (۱۴). بنابراین بیماران پیوندی باید مسئولیت‌پذیری بیشتری برای مدیریت درمان و مراقبت از خود داشته باشند. پس از انجام پیوند کلیه، بیماران به‌صورت مادام‌العمر متعهد می‌شوند که پیامدهای پیوند کلیه و رژیم‌درمانی خود را مدیریت کنند (۱۵). توانایی مدیریت پیامدهای ناشی از بیماری‌های مزمن، خودمدیریتی نامیده می‌شود (۱۶، ۱۷).

خودمدیریتی بیماری‌های مزمن به‌عنوان عامل تعیین‌کننده اصلی در اثربخشی مراقبت‌های بهداشتی می‌باشد و می‌تواند تبعیت از درمان، نظارت بر تغییرات فیزیکی و استقلال را در بیماران افزایش دهد (۱۳). خودمدیریتی به توانایی فرد برای مدیریت علائم، درمان، پیامدهای جسمی و روانی و تغییرات سبک زندگی مرتبط با وضعیت بیماری مزمن برمی‌گردد (۱۴). به عبارتی خودمدیریتی در این بیماران، مجموعه‌ای از فعالیت‌ها و نقش فعال بیمار در مدیریت وضعیت سلامت خود می‌باشد. در ماه‌های اول بعد از پیوند کلیه لازم است که بیماران مسئولیت‌پذیری بیشتری برای مدیریت رژیم دارویی خود داشته باشند. خودمدیریتی در این بیماران فوایدی از قبیل بهره‌وری، بهبود کیفیت زندگی، استقلال و کاهش بار جسمانی، مالی و اجتماعی دارد (۱۸). اگر بیماران پیوندی رفتارهای خودمراقبتی درستی اتخاذ نکنند، در معرض خطر پس زدن پیوند، عفونت و سایر عوارض قرار می‌گیرند و در صورت بروز عوارض ذکرشده خطر بروز مشکلات روانی در آن‌ها افزایش می‌یابد که خود عامل دیگری برای کاهش رفتارهای سلامتی در این بیماران می‌باشد (۱۹، ۲۰).

<sup>1</sup> Graneheim & Lundman

زمان اشباع داده‌ها ادامه یافت. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از گیرندگان پیوند کلیه دارای سن بالای ۱۸ سال، گذشت بیش از ۶ ماه از زمان انجام پیوند، دارای توانایی یادآوری و داشتن توانایی بیان واضح تجربیات خود بود. مشارکت‌کنندگان در مطالعه در مجموع ۱۸ نفر بودند. جمع‌آوری داده‌ها از طریق مصاحبه‌های انفرادی عمیق و نیمه ساختاریافته باهدف تبیین تجربیات بیماران پیوند کلیه در خصوص رفتارهای خودمدیریتی در این مشارکت‌کنندگان با سؤالات باز اصلی و تکمیلی به‌صورت حضوری و توسط پژوهشگر در درمانگاه پیوند کلیه در بیمارستان بقیه‌الله (عج) در تهران انجام شد. فرآیند مصاحبه به‌گونه‌ای هدایت شد که در راستای هدف مطالعه و با توجه به کلی بودن مفهوم خودمدیریتی، مصاحبه با سؤال " بعد از پیوند کلیه چگونه از خودتان مراقبت کردید؟" شروع می‌شد و برحسب پاسخ‌های مشارکت‌کنندگان سؤالات تکمیلی پرسیده می‌شد. مدت‌زمان هر مصاحبه بین سی تا شصت دقیقه بود. کلیه مصاحبه‌ها ضبط گردید و سپس به فایل ورد منتقل گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها هم‌زمان با جمع‌آوری داده‌ها انجام شد. هر مصاحبه جدید بعد از تجزیه و تحلیل مصاحبه قبلی انجام شد. داده‌های حاصل از هر مصاحبه با تمام داده‌های قبلی مقایسه شد تا ارتباط بین داده‌ها در تمامی مصاحبه‌ها کشف گردد. داده‌ها به دقت به کوچک‌ترین اجزاء ممکن شکسته شد و تفاوت‌ها و تشابه‌ها و ارتباط بین داده‌ها و الگوی ارتباطی بین مفاهیم آن‌ها تبیین گردید. ابتدا هر مصاحبه بارها و بارها مطالعه شده تا درک کاملی از کل مطلب ایجاد گردد. سپس واحدهای معنایی در راستای هدف و سؤال پژوهش مشخص و کدها استخراج گردیدند. کدها بر اساس شباهت‌ها و تفاوت‌هایشان دسته‌بندی شدند و یا ادغام شدند. این فرآیند تا رسیدن به سطح انتزاعی بالاتر و طبقات جامع ادامه یافت. کدها بر اساس میزان پاسخ‌گویی و مرتبط بودن با سؤال اصلی پژوهش در طبقات و زیر طبقات اصلی گنجانده شدند. مراحل فوق با بهره‌گیری از نرم‌افزار MAXQDA 10 برای مدیریت داده‌ها انجام شده است.

برای اطمینان از صحت و پایایی داده‌ها چهار معیار اعتبار، تأیید پذیری، قابلیت اعتماد و انتقال‌پذیری اعمال شد (۲۲). برای تأیید صحت داده‌ها و کدهای به‌دست‌آمده از روش بازنگری مشارکت‌کنندگان استفاده شد. بدین‌صورت که برای اطمینان از صحت کدها، متن مصاحبه بعد از کدگذاری به شرکت‌کننده بازگردانده و کدهای مغایر با نظر مشارکت‌کنندگان اصلاح شد. برای نمونه‌ها هدف از مطالعه توضیح داده شد و شرکت‌کنندگان فرم رضایت آگاهانه را تکمیل کردند. حق انصراف از شرکت در تحقیق برای نمونه‌ها در تمامی مراحل محفوظ بوده است. تمام

اطلاعات به‌صورت محرمانه نگهداری شد و در استفاده از متون منتشرشده قبلی حقوق نویسندگان رعایت شد.

### یافته‌ها

مشارکت‌کنندگان در مطالعه در مجموع ۱۸ نفر بودند (جدول شماره ۱). در مجموع از کدگذاری تمامی واحدهای معنایی، ۱۱۸۶ کد اولیه استخراج شدند که پس از حذف موارد غیر مرتبط با سؤال پژوهش و ادغام موارد مشابه به ۸۳۵ کد تقلیل یافتند. از تجزیه و تحلیل داده‌ها در این مرحله یکتم نهایی و شش طبقه اصلی و هفده زیر طبقه نمایان شد (جدول شماره ۲).

**تلاش برای رسیدن به تعادل و ثبات در زندگی:** تلاش برای دستیابی به یک زندگی متعادل همچون بیماران سالم، تقریباً در تمامی کدها و طبقات مطالعه دیده شد اکثر مشارکت‌کنندگان اظهار داشتند که می‌خواستند بعد از پیوند کلیه، زندگی با ثباتی داشته باشند. "از زندگی دیالیزیم خسته شده بودم از مریض بودن خسته شده بودم به را همین هر چی دکتر و پرستار به هم گفتن سعی کردم همه رو اجرا کنم که زندگی شبیه قبل از بیماریم به شه (P۸).  
**اصلاح سبک زندگی:** شامل دو زیر طبقه «راهبردهای ارتقا دهنده سلامت» و «پیشگیری از عفونت» بود. بیماران از طریق روش‌های مختلف در طول روز ورزش و فعالیت فیزیکی انجام می‌دادند. بیماران اظهار داشتند که اهمیت ورزش را در داشتن سبک زندگی سالم درک کرده‌اند. "همیشه باید ورزش کرد، فعالیت جسمی داشت تا بدن سالم به مونه مخصوصاً الان که بیمار پیوندی هم هستم ورزش کردن برام مهمه" (P۲). حفظ وزن متعادل یکی دیگر از راهبردهای ارتقا دهنده سلامت در بیماران پیوند کلیه می‌باشد. بیماران تأکید داشتند که به علت عوارض جانبی داروهای سرکوب‌کننده سیستم ایمنی به‌خصوص کورتون و انواع ویتامین‌های مکمل، هم‌اشتهای آن‌ها افزایش پیدا کرده و هم افزایش وزن ناشی از عوارض داروها، آن‌ها را در معرض چاقی قرار داده است؛ لذا حفظ وزن متعادل یکی از اولویت‌های این بیماران بود "من معمولاً شام نمی‌خورم یا خیلی سبک می‌خورم، مهمونی هم برم هر چی سفره رنگیم باشه بازم رودروایسی نمی‌کنم حتماً رعایت می‌کنم" (P۱۵).  
مشارکت‌کنندگان جهت محافظت از خود در برابر عفونت توجه زیادی به بهداشت فردی و عوامل فردی پیشگیری از عفونت داشتند. بیماران به روش‌های مختلف از ابتلا به عفونت پیشگیری می‌کردند. "لباس زیرمو روزی دو بار عوض می‌کنم تقریباً هر روز دوش می‌گیرم. بهداشت بدنمو خیلی رعایت می‌کنم... اصلاً نمی‌ذارم بوی عرق از لباسم به یاد... لباس زیرمو جلو آفتاب پهن میکنم تا خشک به شه. اولیال پیوندتم تا شش ماه ماسک می‌زدم، دستکش سفید نخ می‌پوشیدم..." (P۱۶).

**خودمراقبتی جسمی:** شامل دو زیر طبقه «پایش مداوم بدن» و «پیشگیری از عوارض طولانی‌مدت» بود. مشارکت کنندگان از طریق توجه به حالت‌های بدن، رنگ و بوی ادرار، و توجه به مقدار کراتینین خون در جواب آزمایشات، همواره در حال رصد کردن علائم نارسایی کلیه پیوند شده و شناسایی عوارض طولانی‌مدت ناشی از مصرف داروها بودند. «آزمایشامو خیلی پیگیرم، دیگه خودم یاد گرفتم قبل از اینکه جواب آزمایشامو به دکترم نشون بدم، خودم بخونمو تفسیرش کنم. چند وقت یه بار یه چکاپ کامل میدم تا مشکلی نداشته باشم» (P2). مشارکت‌کنندگان به کوچکترین تغییرات ظاهری خود حساس بودند و در صورت مشاهده هر گونه تغییری، علت آن را بررسی می‌کردند. «همیشه باید در حال مانیتور کردن خودت باشی، باید حواست به همه چی بدنت باشه... من همیشه حواسم به کل بدنمه همه چیو بررسی می‌کنم» (P8).

**خودکارآمدی:** شامل دو زیر طبقه «ارتقاء سواد سلامت» و «خودتوانمندسازی» بود. جهت ارتقاء سواد سلامت بیماران پیوند کلیه و در نتیجه افزایش خودکارآمدی آنان، طبق اظهارات مشارکت‌کنندگان، در درجه اول باید نیازهای آموزشی بیماران پیوندی شناسایی شود. مشارکت‌کنندگان نیازهای آموزشی مختلفی را عنوان کردند که جهت ارتقای خودمدیریتی آن‌ها، باید این نیازهای آموزشی رفع شود. «کاش یکی باشه کلاس مشاوره قبل ازدواج مخصوص مرضای پیوندی بناره اینجوری خیلی از مشکلات حل میشه» (P10). مشارکت‌کنندگان از طریق یادگیری مهارت‌های جدید خودمراقبتی، توانمندی خود را در مدیریت بیماری خود افزایش می‌دادند که منجر به افزایش خودکارآمدی آن‌ها می‌شد. بیماران پیوندی، مهارت‌های مورد نیاز را کسب می‌کردند. مشارکت‌کنندگان در اثر تکرار تکنیک‌ها و رفتارهای خودمدیریتی، تبدیل به یک بیمار متخصص شده بودند. «دیگه خودم یاد گرفتم قبل از اینکه به دکتر جواب آزمایش رو نشون بدم خودم بخونمش و تفسیرش کنم» (P2).

**تاب‌آوری:** شامل پنج زیر طبقه «تقویت روحیه»، «راهبردهای مقابله‌ای»، «حمایت اجتماعی»، «باز یافت قدرت روانی» و «حفظ خود معنوی» بود. بیماران پیوند کلیه از طریق مقایسه زندگی فعلی خود با سختی‌ها و محدودیت‌های طاقت فرسای زمان دیالیز و یادآوری خلاصی از آن محدودیت‌ها و همچنین با مقایسه خود با سایر بیماران بدحال که وضعیت وخیمی داشتند، خود را در جایگاه بهتری می‌یافتند و روحیه آن‌ها برای تحمل سختی‌ها قوی‌تر می‌شد. «خداریو شکر بچه‌های سالم و صالحی دارم همین به من روحیه میده امید به زندگی میده که با اینکه همش مریض بودم ولی بازم تونستم وظایف مادریمو درست انجام بدم» (P9). بیماران در مواقعی که با

احساس گناه ناشی از سهل‌انگاری در مراقبت از خود مواجه می‌شدند، از طریق تغییر افکار خود و دوری از افکار آزاردهنده، اندیشیدن به وقایع مثبت و خوشایند از راهبردهای مقابله‌ای استفاده می‌کردند. «بعضی وقتا که افکار منفی سراغ آدم میاد و باعث عصبانیت و ناامیدی میشه، باید بتونی فکرتو منحرف کنی به چیزای مثبت فکر کنی. من نقاشی میکشم، بعضی وقتا کتاب میخونم، فیلم می‌بینم، خلاصه هر کاری که بتونه منو از اون حالت منفی بیرون بیاره انجام میدم» (P10). مشارکت‌کنندگان از طریق تلقین حس خوب بودن به خود، تکرار جملات انرژی بخش و افزایش انگیزه برای داشتن زندگی نرمال، در جهت افزایش انرژی روانی و باز یافت قدرت روان خود تلاش می‌کردند و از این راه سازگاری و در نتیجه تاب‌آوری خود را افزایش می‌دادند. «زندگی خیلی ارزشمندمه، قبل از نارسایی کلیه خیلی به مادیات اهمیت می‌دادم، الان قدر لحظه‌های زندگی رو میدونم و زندگی رو قشنگ‌تر می‌بینم دوست دارم بیشتر به اطرافیانم محبت کنم» (P9). معنویت در مشارکت‌کنندگان از طریق ایمان به معجزه خداوند، نماز خواندن، قرآن خواندن و تسلیم شدن در برابر تقدیر الهی، تقویت می‌شد. «با ایمان و توکل به خدا. ما مسلمانیم و اعتقادمون آینه که همه چی دست خداست. ما ایمان داریم که خدا آگه یه دريو به بنده یه در دیگه رو باز میکنه. با توکل به خدا و شکر کردن بر استرسم غلبه می‌کنم» (P6). بر اساس تجربیات هم بیماران مجرد و هم بیماران متأهل، حمایت عاطفی همسر جایگاه مهمی در زندگی آن‌ها داشت. «فقط خیلی استرسیه شغلش ایجاب میکنه که استرزش زیاد باشه خوب مسئولیت داره. من همه تلاشمو می‌کنم که محیط خونرو براش آرام نگه دارم حداقل تو خونه استرس نداشته باشه» (P12).

**سازگاری با نقش‌های تغییر یافته:** شامل چهار زیر طبقه «پذیرفتن محدودیت‌ها»، «سازگاری با تغییر نقش والدی»، «سازگاری با تنش شغلی» و «سازگاری با تغییر نقش همسری» بود. بیماران از طریق لمس محل عضو جدید بدن و اسکار ناشی از جراحی و درک اینکه زندگی آن‌ها وابسته به این عضو جدید است، سعی در پذیرش تغییرات جدید جسمی خود داشتند تعدادی از مشارکت‌کنندگان از جهت سازگاری با این تغییرات به روان‌پزشک مراجعه می‌کردند و از افراد متخصص کمک می‌خواستند. «بعد از پیوند درسته که آدم از اون شرایط قبلیش از اون روزای سخت دیالیز راحت میشه ولی پیوندم یه تغییرات جدید تو زندگی به وجود میاره، که مجبوری با این تغییرات جدید سازگار بشی من قبول کردم که دیگه قدرت بدنی قبل از بیماریمو ندارم و از این به بعدم نمیتونم داشته باشم» (P7). مشارکت‌کنندگان از طریق تغییر شغل در صورت امکان، درخواست جابه جایی به مکان کم استرس تر، شرکت در کلاس مدیتیشن و یوگا، انجام پیاده روی سبک، گوش کردن به

سریع خانممو صدا می‌کنم که به جای من بغلش کنه به جاش شبا بیشتر براش قصه میگم براش اسباب بازی می‌خرم. (P۳).

**مدیریت درمان:** شامل دو زیر طبقه «تبعیت از رژیم دارویی» و «تعامل مستمر با تیم درمان» بود. تعدادی از بیماران از روش‌های یادآور مانند آلارم تلفن همراه، گذاشتن یادداشت مصرف دارو جلوی آینه و محل‌های پر رفت و آمد در طی روز و یادآوری توسط اطرافیان جهت یادآوری زمان مصرف قرص استفاده می‌کردند. «یه چند بار یادم رفت دارو هامو بخورم البته مال اوایل بود الان یه تابلو زدم رو دیوار آشپزخونه روش نوشته "قرص"، اونو می‌بینم یادم می‌افته الان که دیگه محاله یادم بره (P۴). مشارکت‌کنندگان یکی از ارکان اصلی این تعامل را برقراری روابط توأم با اعتماد با کادر درمان و مخصوصاً پزشک معالج بیان کردند. هر بار هر دکتري که میرم شماره تماس مطبشو تو گوشیم می‌زنم که آگه مشکلی پیش اومد زنگ بزنم ازشون کمک بخوام... حرفای دکترو خیلی قبول دارم... (P۵).

موسیقی در محل کار، درخواست کمک از همکاران رده بالاتر جهت تأمین امنیت شغلی و بازنشستگی زود هنگام با تنش‌های حاصل از شغل و محیط کار خود سازگار می‌شدند. «من شغلم خیلی پراسترسه به راهی که تو این شرایط از استرس کاریم کم کنم درخواست انتقالی دادم که به یه قسمت خلوت‌تر منتقلم کنن... زودم قبول کردن (P۷). درک متقابل زوجین و حمایت از شریک زندگی خود، بار عاطفی ناشی از عدم توانایی در انجام وظایف همسری را تسکین می‌داد. «بعد از پیوندم تا چند ماه مجبور بودم جدا از شوهرم بخوابم اوایل چیزی نمی‌گفت بعد یه مدت دیدم بهونه گیری میکنه همش غر میزنه که تو هم همش مریضی. به پیشنهاد یکی از دوستانم رفتیم پیش یه مشاور خانواده... خیلی کمک کرد به همه توصیه می‌کنم حتماً یه سر پیش مشاور برن (P۴). مشارکت‌کنندگان با واگذاری بخشی از وظایف مربوط به والدی خود به همسر با این تغییرات سازگار می‌شدند. «... الان چند وقته نتونستم بچمو بغل کنم ... من از ترس اینکه به شکمم منظورم محل عملم فشار به یاد نمیتونم بغلش ...

جدول (۱): مشخصات مشارکت‌کنندگان در مطالعه

شماره	جنس	سن (سال)	تحصیلات	سابقه پیوند/ سابقه کار با بیمار شغل	وضعیت تأهل
۱	زن	۴۹	دیپلم	۴ سال	متأهل
۲	زن	۴۵	لیسانس	۲۷ سال	متأهل
۳	مرد	۳۸	لیسانس	۶ ماه	متأهل
۴	زن	۴۱	لیسانس	۴ سال	متأهل
۵	مرد	۲۹	دیپلم	۲ سال	مجرد
۶	مرد	۵۵	دیپلم	۲۰ سال	متأهل
۷	مرد	۳۵	کارشناسی ارشد	۵ سال	مجرد
۸	مرد	۳۶	لیسانس	۴ سال	مجرد
۹	زن	۵۷	دیپلم	۱۷ سال	متأهل
۱۰	زن	۳۸	کارشناسی ارشد	۱۵ سال	مجرد
۱۱	مرد	۲۴	دیپلم	۸ ماه	مجرد
۱۲	زن	-	دیپلم	۲۰ سال همسر بیمار پیوندی	-
۱۳	زن	-	لیسانس	۱۰ سال سابقه کار با بیماران پیوندی	-
۱۴	مرد	-	لیسانس	۱۸ سال سابقه کار با بیماران پیوندی	-
۱۵	زن	۴۰	لیسانس	۱۲ سال	مجرد
۱۶	مرد	۳۴	فوق لیسانس	۳۴ سال	مجرد
۱۷	زن	۳۱	لیسانس	۶ سال	متأهل
۱۸	مرد	۵۰	دیپلم	۱۵ سال	متأهل

**جدول (۲): تم، طبقات اصلی و زیر طبقات تبیین کننده خودمدیریتی در بیماران پیوند کلیه**

تم	طبقات اصلی	زیر طبقات
	اصلاح سبک زندگی	- راهبردهای ارتقاء دهنده سلامت - پیشگیری از ابتلا به عفونت
	خودمراقبتی جسمی	- پیشگیری از عوارض طولانی مدت - پایش مداوم بدن
	خودکارآمدی	- ارتقاء سطح سواد - خودتوانمندسازی
تلاش برای رسیدن به تعادل و ثبات در زندگی	تاب‌آوری	- تقویت روحیه - راهبردهای مقابله‌ای - بازیافت قدرت روانی - حفظ خود معنوی - حمایت اجتماعی
	سازگاری با نقش‌های تغییر یافته	- سازگاری با تنش شغلی - سازگاری با تغییر نقش والدی - سازگاری با تغییر نقش همسری - پذیرفتن محدودیت‌ها
	مدیریت درمان	- تعامل مستمر با تیم درمان - تبعیت از رژیم دارویی

## بحث و نتیجه‌گیری

تم اصلی منعکس شده در همه طبقات و زیر طبقات تبیین شده در این مطالعه، نشان‌دهنده تلاش مشارکت‌کنندگان جهت رسیدن به تعادل و ثبات در زندگی بعد از پیوند کلیه بود. بر اساس نظریه خط سیر بیماری مزمن<sup>۱</sup> (۲۳) پیوند کلیه را می‌توان یک رویداد شروع کننده دوره ناپایداری و بی‌ثباتی پس از یک دوره طولانی بیماری و زوال سلامتی در نظر گرفت. بنابراین مراقبت بعد از پیوند کلیه باید بر حمایت از بیماران در بازسازی ثبات در زندگی روزمره متمرکز شود.

یکی از طبقات اصلی تبیین شده در خودمدیریتی بیماران پیوند کلیه، اصلاح سبک زندگی بود. طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت با تغییر و اصلاح سبک زندگی، می‌توان با بسیاری از عوامل خطر ساز ایجاد کننده مرگ‌ومیر مقابله کرد. نداشتن سبک زندگی سالم، با افزایش مرگ‌ومیر همراه است و کسانی که سبک زندگی سالمی دارند، امید به زندگی بالاتر و کیفیت زندگی بهتری خواهند داشت (۲۴). رعنائی در مطالعه خود نشان داد که آموزش اصلاح سبک

زندگی از طریق آموزش الکترونیکی باعث بهبود خودمدیریتی بیماران مبتلا به دیابت در ابعاد مختلف خودمدیریتی شد (۲۵). سازه بعدی خودمراقبتی جسمی بود. برای خودمراقبتی جسمی، دریافت‌کنندگان پیوند کلیه باید همواره در حال پایش جسم خود و علائم بدن باشند. توجه به حالت‌های بدن، پایش مداوم تغییرات بدن، وجود عفونت در بدن، بررسی وجود آدم و پایش روزانه علائم حیاتی، از اصول خودمراقبتی در این بیماران بود. همچنین بیماران پیوند کلیه به دلیل مصرف داروهای سرکوب‌کننده سیستم ایمنی و آگاهی از عوارض طولانی مدت این داروها، توجه ویژه‌ای به پیشگیری از عوارض طولانی مدت ناشی از مصرف داروها داشتند. یافته‌های مطالعه ما همسو با مطالعه لجنده<sup>۲</sup> و همکاران بود که نشان دادند که پایش مداوم علائم و پیگیری جواب آزمایشات و کنترل عوارض داروها از عوامل موفقیت در بقای کلیه پیوندی می‌باشند (۲۶).

یکی از ارکان اصلی خودمدیریتی در بیماران پیوند کلیه جهت رسیدن به تعادل و ثبات در زندگی، دستیابی به خودکارآمدی بود. خودکارآمدی در این بیماران از طریق ارتقاء سطح سواد در خصوص بیماری، دستیابی به مهارت حل مسئله و خودتوانمندسازی حاصل

<sup>1</sup> Chronic illness trajectory theory

<sup>2</sup> legendre

عبادت، به سازش بیشتر با وضعیت جدید و قوی تر شدن و نیز معنا دهی بیشتر به زندگی کمک می کند. یکی از یافته‌های قابل توجه در تبیین خودمدیریتی در بیماران پیوند کلیه در مطالعه، تمرکز بر توانمندی‌ها و در نتیجه باز یافت قدرت روانی در بیماران بود. در یک مطالعه کیفی که در مورد منابع خودمدیریتی پس از پیوند عروق کرونر، یکی از منابع خودمدیریتی بیماران، تمرکز بر توانمندی‌های باقیمانده بود (۳۲). در مطالعه دیگری که بر روی چگونگی مکانیسم‌های تطابقی تجربه شده توسط بیماران پس از انفارکتوس میوکارد انجام گرفت، مشارکت‌کنندگانی که در گذشته تجربه کنار آمدن با برخی فقدان‌ها را داشتند، بدون افسردگی توانسته بودند موقعیت خود را مدیریت کنند. این مشارکت‌کنندگان اهمیت تمرکز بر نکات مثبت و توانمند کننده را به جای مشغول بودن با علائم و محدودیت‌های بیماری، تجربه کرده بودند (۳۳). باز سازی هویت و شکل دهی زندگی روزمره زمانی صورت می گیرد که افراد محدودیت‌ها و مرزهای خود را کشف کرده، با آن‌ها سازگار شوند (۳۲، ۳۳).

یکی از یافته‌های اصلی مطالعه ما، سازگاری با نقش‌های تغییر یافته در خودمدیریتی بیماران پیوند کلیه بود. بعد از پیوند کلیه، به دلیل ماهیت بیماری و مزمن بودن آن، تغییراتی در شرایط شغلی و نقش‌های قبلی افراد در زندگی جدیدشان اتفاق می افتد. یکی از ابعاد مهم خودمدیریتی در بیماران پیوند کلیه، سازگاری با نقش‌های تغییر یافته می باشد. افراد باید فعالیت‌ها و رفتارهای خود را به شکل معنی داری تغییر دهند تا با نقش‌های جدید در زندگی سازگار شوند (۳۴). در ارتباط با سازگاری با نقش‌های جدید و محدودیت‌های جسمی بعد از پیوند کلیه، اطلاعات بسیار محدودی در جستجوی متون به دست آمد. بیماران پیوندی به علت کاهش انرژی و قوای جسمانی ناچارند که شیوهی انجام کارهای روزمره خود را تغییر دهند.

آخرین طبقه بر اساس یافته‌های مطالعه ما مدیریت درمان بود که شامل تبعیت از رژیم دارویی و تعامل مستمر با تیم درمان بود. هدف از تعامل با اعضای تیم درمان، برقراری یک رابطه توأم با اعتماد می باشد تا بیماران بتوانند نیازهای خود را با اعضای تیم درمان در میان بگذارند. اصل تداوم ارتباط یکی از ارکان اصلی برقراری ارتباط در بیماران مزمن می باشد (۳۵). پرسنل بیمارستان و اعضای کادر درمان باید آموزش‌های لازم برای فراهم کردن زمینه مساعد ارتباط توأم با اعتماد برای بیماران، دریافت کنند. برقراری روابط مطلوب با کادر درمان، یکی از استراتژی‌های توانمند کردن بیماران برای مشارکت آن‌ها در پروسه درمان می باشد. بیماران ناراضی، کمتر

می شد. خودکارآمدی روی انگیزش تأثیر گذاشته و هر چه اعتقاد و باور قوی تر باشد، فرد فعال تر بوده و تلاشش بیشتر می شود و مداومت رفتار در به دست آوردن هدف خاص بیشتر می شود (۲۷). نتایج مطالعه ما نشان داد که برخوردار بودن از دانش کافی درباره پیوند کلیه و عوامل مؤثر در ارتقای پیامدهای کوتاه مدت و طولانی مدت آن منجر به افزایش خودکارآمدی مشارکت‌کنندگان می شد؛ به عبارت دیگر زمانی می توان در خودمدیریتی پیوند کلیه موفقیت حاصل نمود که بیمار بتواند اطلاعات سلامت را به درستی جمع آوری و ارزیابی کند و از این اطلاعات در مراقبت‌های بهداشتی به طور مناسب استفاده کند. خود توانمندسازی به عنوان لازمه خودکارآمدی در این بیماران، فرآیندی است که به بیمار اجازه می دهد در مورد بیماری خود، دانش و مهارت لازم را به دست آورد و در مورد مراقبت از خود، تصمیمات آگاهانه بگیرد. نتایج مطالعه ما همسو با نتایج مطالعه گو<sup>۱</sup> و همکاران بود مشارکت‌کنندگان از طریق یادگیری مهارت‌های جدید خودمراقبتی، توانمندی خود را در مدیریت بیماری خود افزایش می دادند که منجر به افزایش خودکارآمدی آن‌ها می شد (۲۸).

یکی از طبقات اصلی تبیین شده در این مطالعه تاب آوری بود. پژوهش‌ها نشان می دهد که افراد تاب آور در تنظیم تجربیات هیجانی منفی، تمایل به استفاده از استراتژی‌های مقابله‌ای دارند که عواطف مثبت افراد را فرا می خواند. بر همین اساس، تاب آوری با تنیدگی روان شناختی رابطه معکوس دارد. تاب آوری نه تنها قدرت تحمل و سازگاری فرد در برخورد با مشکل است، بلکه مهمتر از آن حفظ سلامت روانی و ارتقای آن است. تاب آوری به افراد توانایی می بخشد تا به شرایط و محیط‌های متغیر، ناملایمات و مشکلات زندگی با انعطاف و مقاومت پاسخ دهند، بدون اینکه دچار آسیب شوند و آن‌ها حتی این موقعیت‌ها را فرصتی برای ارتقا و رشد شخصیت خود قرار می دهند (۲۹). یکی از منابع به کار رفته توسط مشارکت‌کنندگان جهت افزایش تاب آوری، حفظ خود معنوی بود. معنویت موجب ایجاد انگیزه برای مراقبت از خود می شود (۳۰). یک مطالعه کیفی نشان داد که توسل به مذهب و معنویات از جمله اعمال مذهبی مانند عبادت و توکل بر خدا، عاملی برای تطابق با بیماری مزمن انسدادی ریه و علائم آن می باشد. همچنین باورهای مذهبی، استفاده از استراتژی‌های حل مسئله و تبعیت از رژیم‌درمانی را تسهیل می کند و باعث ایجاد آرامش، قدرت، حفاظت، ایمنی و اعتماد به نفس در فرد می شود (۳۱). برخی بیماران در مواجهه با بیماری‌های تهدید کننده زندگی، افزایش معنویت یا مذهب گرایی را تجربه می کنند که با تطابق موفقیت آمیز با استرس در ارتباط است. ایمان به خدا و

<sup>1</sup> Guo

ایرانی در این مطالعه وارد شود که از نقاط قوت پژوهش حاضر می‌باشد اما دسترسی به کلیه فرهنگ‌های موجود ایرانی امکان پذیر نبود. لذا برای تعمیم یافته‌ها توصیه می‌شود مطالعه مذکور در سایر مناطق کشور و با فرهنگ‌های دیگر تکرار گردد و تأثیر عوامل مختلف بر خودمدیریتی این بیماران بررسی گردد.

### تقدیر و تشکر

این مطالعه بخشی از کار یک رساله دکتری تخصصی پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله تهران ایران است. بدین وسیله از شرکت‌کنندگان و مسئولین محترم دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله و کلیه افرادی که در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند؛ تشکر و قدردانی می‌نمایم.

### حمایت مالی تحقیق:

این مطالعه حمایت مالی ندارد.

### تضاد منافع:

هیچ‌گونه تعارض منافی بین نویسندگان وجود ندارد.

### ملاحظات اخلاقی:

کد اخلاق این مطالعه به شناسه

IR.BMSU.REC.1395.304 از دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله

صادر شده است.

تجویزهای پزشکی را انجام می‌دهند، کمتر فرآیند درمان خود را پیگیری می‌کنند و همچنین با احتمال بیشتری، پزشک یا تیم درمان خود را تغییر می‌دهند بر اساس نتایج مطالعات به دست آمده درصد قابل‌توجهی از شکایات بیماران از پزشک و به کارگیری نادرست دستورات درمانی، نتیجه عدم کفایت پزشک نبوده، بلکه از مشکلات ارتباطی نشأت می‌گیرد (۳۶).

یافته‌های این مطالعه درک عمیقی از رفتارهای خودمدیریتی از دیدگاه گیرندگان پیوند کلیه، اعضای خانواده آن‌ها و کادر درمان را فراهم نمود. اطلاع از این رفتارها می‌تواند در توسعه برنامه‌های آموزشی و بهبود تسهیلات اجتماعی در این بیماران مفید واقع گردد. دست‌اندرکاران مرتبط با پیوند کلیه با رفع و به حداقل رساندن موانع شناخته شده مراقبت بعد از پیوند و ارتقای شرایط بهبود دهنده رفتارهای خودمراقبتی بیماران، به افزایش خودمدیریتی در بیماران پیوند کلیه کمک کنند. کادر درمان مرتبط با این بیماران باید در امر آموزش رفتارهای خودمدیریتی در این بیماران به شکل هماهنگ عمل نمایند. نتایج مطالعه بیانگر ضرورت توجه پزشکان و پرستاران تیم پیوند به آموزش خودمدیریتی به زبان ساده و قابل درک به بیماران پیوند کلیه می‌باشد. با توجه به اهمیت مسئله خودمدیریتی در بقای بیماران پیوند کلیه، نتایج این مطالعه می‌تواند در آینده بنیان‌گذار طراحی مداخلات وسیع‌تر جهت ارتقاء خودمدیریتی بیماران پیوند کلیه باشد.

این مطالعه مانند سایر مطالعات کیفی، محدودیت در تعمیم یافته‌ها دارد. هر چند تلاش شد از فرهنگ‌ها و زبان‌های مختلف

## References:

1. Memory KE, Wilkinson TJ, Smith AC, Lightfoot CJ. A qualitative exploration of the facilitators and barriers to self-management in kidney transplant recipients. *J Nephrol* 2022;35(7):1863-72. <https://doi.org/10.1007/s40620-022-01325-w>
2. Schmid-Mohler G, Schäfer-Keller P, Frei A, Fehr T, Spirig R. A mixed-method study to explore patients' perspective of self-management tasks in the early phase after kidney transplant. *Prog Transplant* 2014;24(1):8-18. <https://doi.org/10.7182/pit2014728>
3. Khezerloo S, Mahmoudi H, Nia HS, Vafadar Z. Predictors of self-management among kidney transplant recipients. *Urol J* 2019;16(4):366-70.
4. Trolinger M. Kidney Transplant for the Twenty-First Century. *Physician Assistant Clinics*. 2016;1(1):205-20. <https://doi.org/10.1016/j.cpha.2015.09.012>
5. Rijken M, Bekkema N, Boeckxstaens P, Schellevis FG, De Maeseneer JM, Groenewegen PP. Chronic Disease Management Programmes: an adequate response to patients' needs? *Health Expect* 2014;17(5):608-21. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2012.00786.x>
6. Van Dyke K. Transplantation Rejection☆. Reference Module in Biomedical Sciences: Elsevier; 2014. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-801238-3.05377-0>
7. Been-Dahmen JM, Grijpma JW, Ista E, Dwarswaard J, Maasdam L, Weimar W, et al. Self-management challenges and support needs among kidney transplant recipients: A qualitative study. *J Adv Nurs*



- 2018;74(10):2393-405.  
<https://doi.org/10.1111/jan.13730>
8. Medscape. Kidney Transplantation Patients Have High Readmission Rates. October 3, 2016: Available at <http://www.medscape.com/viewarticle/772950>.
  9. Pascazio L, Nardone IB, Clarici A, Enzmann G, Grignetti M, Panzetta GO, et al. Anxiety, depression and emotional profile in renal transplant recipients and healthy subjects: a comparative study. *Transplant Proc* 2010 Nov;42(9):3586-90. PubMed PMID: 21094820. Epub 2010/11/26. eng.  
<https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2010.08.056>
  10. Barutcu Atas D, Aydin Sunbul E, Velioglu A, Tuğlular S. The association between perceived stress with sleep quality, insomnia, anxiety and depression in kidney transplant recipients during Covid-19 pandemic. *PLoS One* 2021;16(3):e0248117.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248117>
  11. Uyar B. The analysis of immunosuppressant therapy adherence, depression, anxiety, and stress in kidney transplant recipients in the post-transplantation period. *Transpl Immunol* 2022; 75:101686.  
<https://doi.org/10.1016/j.trim.2022.101686>
  12. Khezerloo S, Mahmoudi H, Nia HS, Vafadar Z. Predictors of self-management among kidney transplant recipients. *Urol J*. 2019;16(4):366.
  13. Khezerloo S, Mahmoudi H, Vafadar Z. Evaluating the psychometric properties of the persian self-management scale for kidney transplant recipients. *Urol J* 2019;16(2).
  14. Hariharan S, Israni AK, Danovitch G. Long-term survival after kidney transplantation. *N Engl J Med* 2021;385(8):729-43.  
<https://doi.org/10.1056/NEJMra2014530>
  15. Grijpma J, Tielens M, van Staa A, Maasdam L, van Gelder T, Berger S, et al. Kidney transplant patients' attitudes towards self-management support: A Q-methodological study. *Patient Educ Couns* 2016;99(5):836-43.  
<https://doi.org/10.1016/j.pcc.2015.11.018>
  16. Barlow J, Wright C, Sheasby J, Turner A, Hainsworth J. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Educ Couns* 2002;48(2):177-87. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(02\)00032-0](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(02)00032-0)
  17. Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. *Jama* 2002;288(19):2469-75.  
<https://doi.org/10.1001/jama.288.19.2469>
  18. Eslami S, Khoshrounejad F, Golmakani R, Taherzadeh Z, Tohidinezhad F, Mostafavi SM, et al. Effectiveness of IT-based interventions on self-management in adult kidney transplant recipients: a systematic review. *BMC Med Inform Decis Mak* 2021;21(1):1-16.  
<https://doi.org/10.1186/s12911-020-01360-2>
  19. Weng LC, Dai YT, Wang YW, Huang HL, Chiang YJ. Effects of self-efficacy, self-care behaviours on depressive symptom of Taiwanese kidney transplant recipients. *J Clin Nurs* 2008;17(13):1786-94.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02035.x>
  20. Ranahan M, Von Visger J, Kayler LK. Describing barriers and facilitators for medication adherence and self-management among kidney transplant recipients using the information-motivation-behavioral skills model. *Clin Transplant* 2020;34(6):e13862.  
<https://doi.org/10.1111/ctr.13862>
  21. 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.  
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
  22. Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic inquiry*. sage; 1985.  
[https://doi.org/10.1016/0147-1767\(85\)90062-8](https://doi.org/10.1016/0147-1767(85)90062-8)
  23. Klimmek R, Wenzel J, editors. *Adaptation of the illness trajectory theory to describe the work of transitional cancer survivorship*. *Oncology nursing forum*; 2012: NIH Public Access.  
<https://doi.org/10.1188/12.ONF.E499-E510>
  24. Mouelhi Y, Jouve E, Alessandrini M, Pedinielli N, Moal V, Meurette A, et al. Factors associated with health-

- related quality of life in kidney transplant recipients in France. *BMC Nephrol* 2018;19(1):1-12. <https://doi.org/10.1186/s12882-018-0893-6>
25. Ranace Y, Alhani F, Nezhad AK, Mehrdad N. The Effect of Lifestyle Modification Through E-learning on Self-management in Patients with Diabetes. *J Nurs Educ* 2018;7(2):11-20.
26. Legendre C, Canaud G, Martinez F. Factors influencing long-term outcome after kidney transplantation. *Transpl Int* 2014;27(1):19-27. <https://doi.org/10.1111/tri.12217>
27. Yan L, Lin J, Zhao C, Xiong C. The effects of collaborative care model (CCM) guided nursing practice on the self-management and self-efficacy of kidney transplant recipients. *Int J Clin Exp Med* 2021;14(1):356-64.
28. Guo L, Li L, Lu Y, Li T, Chen L, Jiang L, et al. Effects of empowerment education on the self-management and self efficacy of liver transplant patients: a randomized controlled trial. *BMC Nurs* 2023;22(1):146. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01298-6>
29. Julaieha S, Puladi RA, Lak A, Noorbala AA, Saffarinia M. The role of resiliency and age to adjustment in patients with signs and symptoms of chronic pain. 2016.
30. Small N, Bower P, Chew-Graham CA, Whalley D, Protheroe J. Patient empowerment in long-term conditions: development and preliminary testing of a new measure. *BMC Health Serv Res* 2013;13(1):263. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-263>
31. Chen KH, Chen ML, Lee S, Cho HY, Weng LC. Self-management behaviours for patients with chronic obstructive pulmonary disease: a qualitative study. *J Adv Nurs* 2008;64(6):595-604. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04821.x>
32. Taeby M, Heidar Ali A, Abbasszadeh A, Kazemi M. Self-management resources following coronary artery bypass graft. *J Qual Res Health* 2015;4(1):50-61.
33. Salminen-Tuomaala M, Åstedt-Kurki P, Rekiaro M, Paavilainen E. Coping experiences: a pathway towards different coping orientations four and twelve months after myocardial infarction-a grounded theory approach. *Nurs Res Pract* 2012;2012. <https://doi.org/10.1155/2012/674783>
34. Novak M, Costantini L, Schneider S, Beanlands H, editors. Approaches to self-management in chronic illness. *Seminars in dialysis*; 2013: Wiley Online Library. <https://doi.org/10.1111/sdi.12080>
35. Anderson E, Durstine JL. Physical activity, exercise, and chronic diseases: A brief review. *Sports MedHealth Sci* 2019;1(1):3-10. <https://doi.org/10.1016/j.smhs.2019.08.006>
36. Krok-Schoen JL, Fernandez K, Unzeitig GW, Rubio G, Paskett ED, Post DM. Hispanic breast cancer patients' symptom experience and patient-physician communication during chemotherapy. *Support Care Cancer* 2019;27:697-704. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4375-y>

## SELF-MANAGEMENT BEHAVIORS IN KIDNEY TRANSPLANT RECIPIENTS: QUALITATIVE CONTENT ANALYSIS

Somayeh Khezerloo<sup>1</sup>, Hosein Mahmoudi<sup>2</sup>, Zohreh Vafadar<sup>3</sup>, Hamid Sharif Nia<sup>4</sup>

Received: 07 October, 2023; Accepted: 29 November, 2023

### Abstract

**Background & Aim:** Self-management in kidney transplant patients leads to increased tissue survival time, reduced graft rejection, early identification of drug side effects, and increased quality of life. Kidney transplant patients have poor self-management behaviors. Knowing how kidney transplant patients should encounter and manage them will improve transplant outcomes. This study was conducted to explain the self-management behaviors of kidney transplant recipients.

**Materials & Methods:** This qualitative study was done with eighteen participants. Participants were selected through purposive sampling. Data were collected through in-depth and semi-structured interviews and analyzed through qualitative conventional content analysis.

**Results:** The findings included a theme of trying to achieve balance and stability in life and six main categories of lifestyle modification, physical self-care, self-efficacy, resilience, adaptation to new roles and treatment management.

**Conclusion:** The results showed the participants tried to achieve balance and stability after a kidney transplant. A kidney transplant can be considered an event that initiates a period of instability after a long period of illness and health deterioration. Therefore, self-management programs should focus on supporting patients in restoring stability in their lives after kidney transplantation.

**Keywords:** Chronic Disease, Kidney Transplant, Self-Management

**Address:** Department of Nursing & Midwifery, Khoy University of Medical Sciences, West Azarbaijan, Khoy, Iran

**Tel:** +984436257668

**Email:** khezerloos@yahoo.com

This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, as long as the original work is properly cited.

<sup>1</sup> Assistant Professor in Nursing, Department of Nursing & Midwifery, Khoy University of Medical Sciences, Khoy, Iran, (Corresponding Author)

<sup>2</sup> Professor in nursing Education, Trauma Research Center and Faculty of nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, IR Iran

<sup>3</sup> Associate professor, Health Management Research Center, Medical- surgical department, Nursing faculty, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>4</sup> Associate professor, Amol Faculty of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran