

تحقیقی

چالش در پذیرش همودیالیز: بخشی از یک مطالعه نظریه زمینه ای

پررخیده حسنی¹، معصومه اطاقی^{2*}، منصوره زاغری تفرشی¹، علیرضا نیکبخت نصرآبادی³

1- دکترای پرستاری و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. 2- دانشجوی دکترای پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.

3- دکترای پرستاری و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران.

چکیده

زمینه و هدف: میزان رشد بیماری کلیوی مرحله انتهایی در ایران از رشد جهانی بیشتر و حدود 12 درصد در سال است. افراد تحت همودیالیز هم بواسطه بیماری کلیوی و هم بواسطه درمان همودیالیز متحمل فشارهای جسمی، روانی و اجتماعی زیادی می‌شوند که پذیرش همودیالیز را برای آنان مشکل می‌سازد. با این حال پذیرش همودیالیز نقطه شروع سازگاری است. هدف مطالعه حاضر، تبیین چالش در پذیرش همودیالیز می‌باشد.

روش بررسی: مطالعه حاضر بخشی از یک مطالعه کیفی (نظریه زمینه‌ای) در رساله دکترای می‌باشد. اولین نمونه‌ها با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و نمونه‌های بعدی بر اساس یافته‌های پژوهش با نمونه‌گیری نظری انتخاب و تا اشباع داده‌ها (24 نفر) ادامه یافت. جمع‌آوری داده‌ها با مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته، ثبت‌های یادآور و یادداشت‌های عرصه انجام شد. مکان مطالعه بخش همودیالیز، بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی شهر تهران بود. تحلیل داده‌ها به روش اشتراک و کوربین صورت گرفت. دقت مطالعه با روش لینکلن و گوبا تایید و ملاحظات اخلاقی رعایت شد.

یافته‌ها: 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) با کدهای مربوطه پدیدار شد. نتیجه‌گیری: افراد در گذار به همودیالیز در مورد پذیرش همودیالیز با چالش مواجه‌اند. آموزش، حمایت‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی می‌توانند این چالش را با تغییر از عدم پذیرش (به صورت ذهنی یا عملی) یا پذیرش اجباری به پذیرش (بنا بر تجربه یا استدلال و هنجارهای اجتماعی) حل نمایند.

کلید واژه‌ها: نارسایی مزمن کلیه، همودیالیز، پذیرش بیمار، پژوهش کیفی

* نویسنده مسئول: معصومه اطاقی، پست الکترونیکی: masoome_otaghi@yahoo.com

نشانی: تهران، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. تلفن (021)88655374

وصول مقاله: 91/10/21، اصلاح نهایی: 92/3/8، پذیرش مقاله: 92/4/16

مقدمه

هنگامی که صدمه کلیوی به حدی برسد که نیاز به درمان جایگزین کلیه داشته باشد، بیمار به سمت بیماری کلیوی مرحله انتهایی (ESRD) پیش می رود (1). میزان ESRD در دنیا در حال افزایش است (2). در ایران میزان رشد این بیماری از متوسط رشد جهانی بیشتر و در حدود 12 درصد در سال است (3-5). سالانه 16-17 هزار نفر از افراد مبتلا به ESRD در ایران همودیالیز می شوند (6).

در تقسیم بندی امروزی، بیماران همودیالیزی به عنوان بیماران خاص طبقه بندی می شوند. این گروه از بیماران به علت مشکلات خاص بیماری خود و طولانی بودن آن دچار مسائلی می شوند که اکثر تا آخر عمر گرفتار آن هستند (5). گرچه درمان با همودیالیز سبب بقای زندگی و افزایش امید به زندگی در بیمار می شود، اما این روش درمانی بیمار را با مشکلات متعددی مواجه می سازد (7). فرد تحت همودیالیز باید از رژیم غذایی سخت دیالیزی، محدودیت مایعات و غذا و مصرف داروهای خاص پیروی نماید. به علاوه مشکلات بی شمار جسمی، روانی و اجتماعی در رابطه با درمان وجود دارند که به ویژه پذیرش این درمان را دشوار می سازد (8).

برخی مطالعات نمایانگر پذیرش همودیالیز در افراد تحت درمان است؛ در یک مطالعه پدیدارشناسی از تجارب زنده مبتلایان به ESRD در مورد درمان همودیالیز مضمون کلی «پذیرش» و سه زیر مضمون چشم انداز مثبت، زندگی خانوادگی و مشارکت در مراقبت یافت شدند (9). همچنین در مطالعه «تجارب بیماران از گذار به همودیالیز» پذیرش موقعیت برای تمام بیماران چه درگذار ناگهانی و چه در گذار تدریجی آشکار شد (10). برخی مطالعات دیگر نمایانگر ضرورت پذیرش همودیالیز در فرآیند سازگاری است؛ مطالعه مسیر سازگاری زنان ESRD تحت همودیالیز نشان داد پذیرش، اولین مرحله سازگاری با ESRD و درمان همودیالیز است (11). یکی از گام های نظریه زمینه ای «مدل سازگاری در بیماران همودیالیزی»، پذیرش بیماری و همودیالیز بود که به عنوان یکی از استراتژی هایی بود که شرکت کنندگان برای برگشت به زندگی عادی و فعال و تطابق با همودیالیز بکار می بردند (5). برخی مطالعات نیز

نشان می دهند یک نقطه نهایی یا یک مسیر خطی برای پذیرش همودیالیز وجود ندارد؛ یافته های یک مطالعه نظریه زمینه ای از هندی های آمریکایی تحت همودیالیز نشان داد که شرکت کنندگان هرگز به نقطه پذیرش همودیالیز نمی رسند بلکه آن را «به خاطر خانواده» تحمل می کنند (12).

درونمایه های برخاسته از تحلیل داده های یک مطالعه کیفی در افراد همودیالیزی، شامل اهمیت از دست دادن، تلاش مداوم و گذار به پذیرش بودند. در این افراد «گذار به پذیرش»، یک پیشروی خطی به سمت درک و پذیرش نبوده بلکه یک تلاش منحصر به فرد چند وجهی و پیچیده فردی و اکثر وابسته به حمایت اجتماعی، باور به ارزش زندگی، تمایل به مراقبت و تقویت رفتار می باشد (13).

در مجموع باید گفت افراد تحت همودیالیز هم بواسطه بیماری کلیوی و هم بواسطه درمان همودیالیز متحمل فشارهای جسمی، روانی و اجتماعی زیادی می شوند که پذیرش همودیالیز را برای آن ها مشکل می سازد. با این حال پذیرش همودیالیز نقطه شروع سازگاری در آن هاست. به این ترتیب در پذیرش همودیالیز چالش هایی وجود خواهند داشت، درحالی که مطالعات بسیاری در مورد بیماران همودیالیز انجام شده است، ولی توصیف کامل و مناسبی از چالش در پذیرش همودیالیز طی فرآیند گذار به همودیالیز ارائه نشده است. این پژوهش ها به اهمیت پذیرش همودیالیز، ضرورت آن در فرآیند سازگاری بیماران و نهایی نشدن یا خطی نبودن این مفهوم اشاره داشته اند، ولی به تبیین تجارب بیماران تحت همودیالیز در مورد چالش در پذیرش همودیالیز نپرداخته اند. در کشور ما تاکنون مطالعه ای با روش کیفی و رویکرد نظریه مبنایی در مورد فرآیند گذار به همودیالیز در بیماران ESRD انجام نشده و حتی فرآیند گذار در سایر بیماری های مزمن نیز بررسی نشده است. بر این اساس و با عنایت به اینکه نظریه زمینه ای، روش پژوهشی مناسبی جهت عرصه های مطالعه در مورد مفاهیم پیچیده و کمتر شناخته شده است، انجام این پژوهش در بستر فرهنگی کشورمان ضرورت داشت. این مطالعه بخشی از مطالعه اصلی «فرآیند گذار به همودیالیز» است که با هدف تبیین چالش در پذیرش همودیالیز به انجام رسید.

روش بررسی

این مطالعه بخشی از یافته های یک پژوهش کیفی است که با رویکرد نظریه زمینه‌ای (Grounded Theory) در سال 91-1390 انجام شد. شرکت کنندگان در پژوهش، افراد تحت همودیالیز مراجعه کننده به 6 بیمارستان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی شهر تهران و یا افراد در تماس نزدیک و مستقیم با این افراد بودند. این شرکت کنندگان دارای ویژگی های زیر بودند:

- داوطلب و یا راضی به شرکت در پژوهش بودند.
- مبتلا به ESRD و یا افراد در تماس نزدیک و مستقیم با این افراد بودند.
- درمان همودیالیز برای مبتلایان به ESRD طی یک هفته تا یک سال اخیر انجام شده بود.
- قادر به تکلم زبان فارسی بودند.
- مایل به بیان تجارب خود بودند.

معیارهای خروج از مطالعه، وجود مشکلات شنیداری یا گفتاری فرد و عدم تمایل یا توان فرد به شرکت در پژوهش بودند. نمونه گیری پس از کسب تاییدیه اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و اخذ معرفی نامه کتبی از دانشگاه و هماهنگی با مسئولان بیمارستانها صورت گرفت. تمام شرکت کنندگان با رضایت آگاهانه در مطالعه شرکت کردند. به شرکت کنندگان اطمینان داده شد در هنگام 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 نمونه گیری هدفمند انتخاب و شرکت کنندگان بعدی بر اساس یافته های پژوهش با نمونه گیری نظری انتخاب و تا اشباع داده ها ادامه یافت. داده ها با 24 شرکت کننده (19 فرد تحت همودیالیز، 2 عضو خانواده، 2 پرستار و 1 پزشک) به اشباع رسیدند.

روش اصلی جمع آوری داده ها، مصاحبه های عمیق و نیمه ساختار یافته با استفاده از پرسشنامه هدایت کننده پژوهش بر اساس اهداف مطالعه بود. سئوالات کاوشی بر اساس اطلاعاتی که بیماران ارائه می کردند، مطرح می شد. هر مصاحبه بین 30 الی 90 دقیقه (میانگین 57 دقیقه) طول کشید. مصاحبه ها ضبط و در کوتاه ترین زمان ممکن پس از مصاحبه، متن کامل آن ها کلمه به کلمه تایپ شده و جهت

مدیریت داده ها در نرم افزار MAXqda2 وارد گردید. با فرم مشخصات فردی، اطلاعاتی در مورد سن، جنس، وضعیت تاهل، تحصیلات، شغل، تعداد دیالیز در هفته و سابقه دیالیز شرکت کنندگان گرفته شد. نوشته های مربوط به مشاهدات (بدون هیچ متن از پیش تعیین شده ای 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 یادداشت های متن و یادداشت های مربوط به حساسیت نظری) در قالب یادداشت های عرصه تدوین شده و در نرم افزار مذکور وارد شدند.

تحلیل داده ها به روش Strauss و Corbin انجام شد (14). قبل از تحلیل داده ها هر کدام از دست نوشته ها جهت آشنا شدن پژوهشگر با داده ها و درک کلی آنها چند مرتبه خوانده شدند. سپس دست نوشته ها مجدداً بررسی و به منظور مشخص شدن کدهای اولیه، خط به خط توسط پژوهشگر خوانده شدند. در کدگذاری باز یا سطح اول، مفاهیم مرتبط با مطالعه مشخص شدند و کدهایی به آنها اختصاص داده شد. کدهای داده شده، مکالمه شرکت کنندگان و یا کدهای تلویحی پژوهشگر بودند. سپس کدهای اصلی از نظر تشابهات و تفاوتها مقایسه شدند و کدهایی که معانی یکسانی داشتند در یک طبقه قرار گرفتند. در کدگذاری محوری طبقات بر اساس «پارادایم الگویی» Strauss و Corbin 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 زمینه ای است، طبقات ارائه شده در مطالعه حاضر حاصل کدگذاری باز و محوری هستند، اما در مطالعه اصلی کدگذاری انتخابی به منظور شناسایی متغیر اصلی ادامه داشت. در طول فرآیند 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 روش های پیشنهادی Lincoln و Goba با معیارهای Credibility، Confirm ability، Transferability و Dependability استفاده شد (15).

یافته ها

شرکت کنندگان 24 نفر (19 فرد تحت همودیالیز، 1 پزشک، 2 پرستار و 2 عضو خانواده) بودند که شامل 13 زن و 11 مرد با دامنه سنی 18-75 سال (میانگین 52/3 سال) که افراد تحت همودیالیز سه بار در هفته و به مدت 4 ساعت (فقط یک شرکت کننده به مدت 3 ساعت) تحت دیالیز قرار می گرفتند. شرکت کنندگان از نظر وضعیت تاهل (زندگی با همسر، فوت همسر و مجرد)، تحصیلات (از بیسواد تا دکتر) و شغلی (خانه دار، بیکار، کار اداری، کار آزاد و بازنشسته) نیز تنوع داشتند. سابقه دیالیز در دامنه زمانی یک الی دوازده ماه (میانگین 7/5 ماه) بود. چالش در پذیرش همودیالیز با طبقات پذیرش ضرورت همودیالیز (با اجبار، بنا بر تجربه یا استدلال و بنا بر هنجارهای اجتماعی) و عدم پذیرش ضرورت همودیالیز (به صورت ذهنی و عملی) با کدهای مربوطه پدیدار شد.

1- پذیرش ضرورت همودیالیز: در این طبقه زیر طبقات پذیرش ضرورت همودیالیز با اجبار، بنا بر تجربه یا استدلال و بنا بر هنجارهای اجتماعی قرار گرفتند.

1-1- پذیرش ضرورت همودیالیز با اجبار: شرکت کنندگان به ناخواسته بودن همودیالیز، انجام همودیالیز به عنوان آخرین راه، انجام همودیالیز به واسطه ترس از بدتر شدن و انجام همودیالیز به واسطه اعتقاد به قسمت و سرنوشت اشاره داشتند. شرکت کنندگان در این باره بیان می کنند:

" یعنی به بیماری نیست که خودت بخوای درماتو انتخاب کنی و مثلاً از 5 سال قبل بگی من می شم دیالیزی. این ناخواسته وارد زندگی ما شده. چه جوری براتون بگم، تقریباً شده جزو خانواده آدم. چاره ای نداریم. مثل عضو جدیدی، مثل بچه ای وارد زندگی ما شده." (مرد، 43 ساله)

" الان از در بیمارستان که میام تو باور کنین که زندان رو بهتر از بیمارستان می بینم. ولی چاره ای ندارم، چون می - دونم که دیگه باید با این دستگاه مدارا کنم دیگه." (مرد، 63 ساله)

" به حالت اجباریه. به خاطر سنم هم نمی تونم پیوند بدم،

صحت داده ها یا اطمینان از یافته ها با استفاده از کنترل مفاهیم بدست آمده با شرکت کنندگان و اطمینان از نظر آن ها در مورد مفهوم استخراج شده، شرکت طولانی مدت در محیط پژوهش، تخصیص زمان کافی جهت جمع آوری اطلاعات و تعلیق افکار پژوهشگر صورت گرفت. قابلیت تایید با ثبت مداوم داده ها و کمک گرفتن از اساتید پرستاری (6 نفر) جهت تایید کدهای اولیه، طبقات و زیر طبقات استخراج شده به انجام رسید. قابلیت انتقال با نمونه گیری با حداکثر تنوع و گزارش آن صورت گرفته است. برای وابستگی سعی شد تا از عین گفته های شرکت کنندگان به عنوان شاهد استفاده شود. همچنین ثبت و ضبط روند پژوهش صورت گرفته و امکان حسابرسی یافته ها میسر می باشد.

سه محدودیت عمده در مراحل اولیه این پژوهش وجود داشت؛ عدم طرح جنبه های دیگر احساسات توسط شرکت کنندگان بواسطه پرستار بودن پژوهشگر، عدم توانایی برخی از افراد تحت همودیالیز برای شرکت در پژوهش به علت بدحال بودن آنان و مشکلات مربوط به جلب همکاری اساتید محترم پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در بازنگری طبقات و کدهای استخراج شده از مصاحبه ها به علت مشغله کاری و عدم فرصت کافی. برای رفع این محدودیت ها اقدامات زیر به ترتیب صورت گرفت:

- تلاش شد با رعایت ملاحظات اخلاقی، ارتباط موثر و جلب اطمینان و اعتماد بیماران تحت همودیالیز، حس آزادی در بیان احساسات در آنان بوجود آید. با این حال ممکن است موارد معدودی از بیماران تحت تاثیر شناخت موقعیت قرار گرفته باشند و در دستیابی پژوهشگر به تمام ابعاد درک و تجارب شرکت کنندگان از گذار به همودیالیز محدودیت ایجاد نموده باشند.

- تغییر «محیط پژوهش» از یک بیمارستان به 6 بیمارستان صورت گرفت.

- از نظرات اساتید محترم پرستاری خارج از دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی نیز استفاده شد.

کنم. خوب اینام خیلی برا من زحمت کشیدن، خیلی. بچه ها خوب می دونستن. می رفتن دکتر سؤال می کردن". (زن، 69 ساله)

" عرض می کنم دیگه وقتی مردمو دیدم، مثل خودمو دیدم، از خوم ضعیف تر رو دیدم، میگم از خودم پایین تر رو دیدم. دیدم خوب اینا شدن دیگه. منم خودمو مثل اینا وفق بدم". (مرد، 50 ساله)

1-1- عدم پذیرش ضرورت همودیالیز: در این طبقه زیر طبقات عدم پذیرش ضرورت همودیالیز به صورت ذهنی و عدم پذیرش ضرورت همودیالیز به صورت عملی قرار گرفتند.

1-2- عدم پذیرش ضرورت همودیالیز به صورت ذهنی: شرکت کنندگان به انکار همودیالیز، تردید در پذیرش همودیالیز، دلیل تراشی برای کارکرد مطلوب کلیه-ها، ترس و وحشت از همودیالیز اشاره داشتند. شرکت کنندگان در این باره بیان می کنند:

" اصلا قبول نمی کرد. اولش می گفت نه من کلیه هام خوبه. اصلا مشکلی ندارم. خودش هم باور نداشت که یه همچین مشکلی براش پیش اومده. نمی پذیرفت". (مرد، 39 ساله)

" نباید میومدم دیالیز می شدم. دیگه نمی دونم چیکار کنم؟ نمی دونم بیام، نیام؟!". (زن، 62 ساله)

" نه من کلیه ام کار می کنه. اگه کار نمی کرد، می رفتم دستشویی اصلا پیشاب نداشتم. ولی من دارم. من مثل همون اولم که سالم بودم، پیشاب دارم. این مریضایی که اینجا هستن پیشاب ندارن". (مرد، 75 ساله)

" یعنی اسم دیالیزو که می آورد ها، من وحشت داشتم. من اصلا کسی رو ندیده بودم، دیالیز بشه. می ترسیدم". (زن، 47 ساله)

2-2- عدم پذیرش ضرورت همودیالیز به صورت عملی: شرکت کنندگان به فرار از همودیالیز، عدم تحمل همودیالیز و مقاومت در برابر پذیرش همودیالیز اشاره داشتند. شرکت کنندگان در این باره بیان می کنند:

" یه ساله منو می خواستن دیالیز کنن نداشتم. فرار کردم از زیر دستگاه. آره فرار کردم!". (زن، 62 ساله)

همین یه راه رو دارم دیگه. باید بپذیرم دیالیز رو. چاره ای ندارم. آره دیگه، وقتی فکر می کنم اگه دیالیز نکنم بدتر میشم، می پذیرم". (زن، 69 ساله)

" من قسمتم همین بوده دیگه. مثلا اگه اجباری نبود، شاید نمی اومدم". (زن، 58 ساله)

2-1- پذیرش ضرورت همودیالیز بنا بر تجربه و استدلال: شرکت کنندگان به پذیرش همودیالیز با امید به بهبودی یا پیوند کلیه، به علت بدحال شدن، با توجه به شرایط فردی و بهتر شدن با انجام همودیالیز اشاره داشتند. شرکت کنندگان در این باره بیان می کنند:

" الان یه خرده بازم به خودم امیدواری میدم که ایشالا که خوب بشن کلیه هام. همه مریضا خوب بشن، ما هم خوب بشیم. دیالیز رو یه راهی می بینم برا خوب شدن کلیه هام. خیلی بهش امید دارم". (زن، 47 ساله)

" کسی که امید به پیوند کلیه داره سرحال تره. اینجا رو موقتی می دونه". (زن، 59 ساله)

" اومدم دیالیز دیگه. وقتی که می گفتن که لازمه. مثلا نفس من به شماره افتاده بود. داشتم می مردم تو خونه. بعد از این اکسیژن ها می آوردن زدن تو دهنم که نفسم بیاد بالا. خیلی وضعیتم خراب بود. اصلا رنگ و روم انگار یه مشت زردجوبه ریخته بودن تو صورت من. حالم خیلی بد بود". (زن، 67 ساله)

" فقط با دیالیزه که می تونم راحت نفس بکشم. تپش قلب دیگه نداریم. دیالیز اینش خوبه". (مرد، 60 ساله)

3-1- پذیرش ضرورت همودیالیز بنا بر هنجارهای اجتماعی: شرکت کنندگان به انجام همودیالیز بر اساس هنجارهای تخصصی (پیروی از پزشک، نحوه عملکرد و ارتباط کارکنان)، خانوادگی (اهمیت خانواده، نظرات خانواده و بستگان) و همتایان (نظرات همتایان، دیدن دیالیز شدن همتایان) اشاره داشتند. شرکت کنندگان در این باره بیان می کنند:

" متاسفانه هر جا می رفتم می گفتن باید دیالیز بشی. شما کلیه هات از کار افتاده باید دیالیز بشی. دیگه به خودم قبولوندم که این باید بشه". (زن، 67 ساله)

" حلام که بچه هام این جور میگوین، هی اصرار دارن قبول

می کند و پذیرش نقطه شروع سازگاری با همودیالیز است. جنبه های منفی عمده همودیالیز طی سازگاری بیماران، شامل وقت گیر بودن، یافتن و حفظ مکان دیالیز و بستری شدن سرپایی است. این مرحله توازن بین پذیرش و تطابق با جنبه های منفی درمان بود. همچنین در مطالعه حاضر هنجارهای اجتماعی نظیر نظر متخصصان، خانواده و همتایان در پذیرش همودیالیز موثر بودند. از آنجایی که متخصصان، خانواده و همتایان منابع اطلاعاتی و حمایتی موثری برای بیمار محسوب می شوند، بیمار ناگزیر از پیروی هنجارهای آنان است (11).

در مطالعه عسگری و همکارانش (1389) با عنوان «درک بیماران از نقش رفتار پرستاران در سازگاری با همودیالیز»، نشان داده شد که رفتار حمایتی مناسب پرستاران، نقش مهمی در احساس آرامش، راحتی، امنیت و اعتماد بیماران دارد و سازگاری با همودیالیز را تسریع می کند (3). زنان تحت همودیالیز بیان کردند که چگونه حمایت خانواده و سایر افراد در کمک به آنان برای رسیدن به پذیرش و سازگاری موثر بوده اند (11). در مطالعات دیگر حمایت اجتماعی از طرف خانواده، دوستان و همسایگان بیمار صورت گرفته است و یا به حمایت غیر رسمی توسط همتایان و شاغلین مراقبت بهداشتی اشاره شده است (10 و 16).

از طرف دیگر شرکت کنندگان عدم پذیرش ضرورت همودیالیز را به صورت ذهنی و عملی نشان دادند. محدودیت های ناشی از همودیالیز (محدودیت در مسافرت رفتن، محدودیت های غذایی، محدودیت های مربوط به وسایل دسترسی عروقی نظیر فیستول و شالدون، محدودیت های حرکتی و...) و مشکلات متعدد در رابطه با بیماری (عوارض نارسایی کلیوی نظیر ادم، تغییرات بالینی در سراسر بدن، عوارض داروهای مصرفی، علائم آزمایشگاهی و...) و عوارض متعدد مربوط به همودیالیز (ضعف، بی حالی و خستگی به دنبال دیالیز، تغییرات فشار خون، تغییرات وزن، آسیب پذیری سیستم ایمنی، گرفتگی عضلات، مشکلات حسی و حرکتی، مشکلات خواب و...) می توانند از علل ممانعت بیمار در پذیرش همودیالیز باشند. در مطالعه Al-Arabi (2006) با عنوان «کیفیت زندگی: توصیفات ذهنی از

" بد می گذرونم. به وقتایی ساعت 4 و نیم یا 5 که میشه کلافه میشم. کلافه میشم میگم خانم بیا باز کن. میگه خانم هنوز خیلی مونده. میگم خانم باز کن. همش ناراحتم. اون وقت اینا میان باز می کنن. چون آگه باز نکنن، میخوام اینا رو همه رو بکنم. اینقدر حالم بد میشه". (زن، 67 ساله)

" موقعی که اون بیمارستان های دیگه بودم، قبول دیالیز برام خیلی سخت بود. به روز می رفتم، 5 روز نمی رفتم. حتی یک ماه هم نرفتم که حالم به هم خورد". (مرد، 63 ساله)

بحث

چالش در پذیرش همودیالیز در شرکت کنندگان به صورت پذیرش یا عدم پذیرش ضرورت همودیالیز ظاهر شد. این چالش می تواند ناشی از توجه بیماران به جنبه های مثبت یا منفی و یا اثرات مطلوب یا نامطلوب همودیالیز بر روی زندگیشان و نیز برخورداری یا عدم برخورداری از حمایت های فردی، خانوادگی و اجتماعی باشد.

ناخواسته بودن همودیالیز، آخرین راه بودن، ترس از بدتر شدن و اعتقاد به تقدیر و سرنوشت به پذیرش اجباری در شرکت کنندگان این مطالعه انجامید. آمادگی بیمار یکی از عواملی است که می تواند حالت اجبار در پذیرش همودیالیز را مرتفع سازد. در مطالعه Mitchell و همکارانش (2009) با عنوان «تجارب بیماران از گذار به همودیالیز»، اولین مرحله گذار، آمادگی بود که شامل آموزش و انتخاب بود. آموزش می تواند بر انتخاب نیز موثر باشد (10).

در مطالعه Klang و همکارانش (1999) نشان داده شد برنامه آموزش گروهی پیش از دیالیز به بیماران در انتخاب نوع دیالیز کمک می کند، دانش مربوط به بیماریشان را افزایش می دهد و درک آن ها را از بیماری و درمان بالا می برد. شرکت کنندگان نشان دادند تجربه و استدلال بیمار به واسطه بدحال شدن، بهبودی، امید به بهبودی یا پیوند کلیه و شرایط فردی پذیرش بیمار را بر می انگیزد (16).

در مطالعه Tanyi و همکارش (2008) با عنوان «مسیر سازگاری در زنان مبتلا به ESRD و درمان همودیالیز» نیز نشان داده شد این زنان پر از ترس، گنجی و نفرت از درمان بودند. آن ها علی رغم احساس تنفر از درمان، معانی زیر را فرموله نمودند: پذیرش همودیالیز در آغاز سخت است، حمایت از طرف خانواده و کارکنان پذیرش اولیه را تسهیل

نتیجه گیری

چالش در پذیرش همودیالیز در شرکت کنندگان این مطالعه به صورت پذیرش یا عدم پذیرش ضرورت همودیالیز نمایان بود. اجرای برنامه‌های آموزشی فردی و گروهی و نیز حمایت‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی از بیماران تحت همودیالیز می‌تواند عدم پذیرش یا پذیرش اجباری آنان را به پذیرش بنابر تجربه یا استدلال و هنجارهای اجتماعی تغییر دهند.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر بخشی از رساله دکتری پرستاری مصوب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی مورخ 90/8/23 است. از شرکت کنندگان در این پژوهش، مسئولان و کارکنان بخش-های همودیالیز بیمارستان‌های 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 دانشگاه‌های علوم پزشکی شهید بهشتی و تهران که در تایید داده‌های استخراج شده از مصاحبه‌ها مشارکت داشتند، تقدیر و تشکر می‌شود.

چالش‌های بیماران مبتلا به ESRD یکی از درون مایه‌های حاصل از این مطالعه، محدودیت زندگی بود که با زیر مجموعه‌های مقید بودن، کنار گذاشته شدن و ناتوانی آشکار شد (17). فرد تحت همودیالیز باید از رژیم غذایی سخت دیالیزی، محدودیت مایعات و غذا و مصرف داروهای خاص پیروی نماید. به علاوه مشکلات بی‌شمار جسمی، روانی و اجتماعی در رابطه با این درمان وجود دارند که به ویژه پذیرش این درمان را دشوار می‌سازد (8).

شناسایی همه جانبه و عمیق چالش‌های مربوط به پذیرش همودیالیز و کمک در حل آن‌ها توسط پرستاران و سایر افراد تیم سلامت می‌تواند نقش موثری در سازگاری بیماران با همودیالیز، افزایش کیفیت مراقبت از بیماران و تعامل مناسب‌تر تیم سلامت با بیماران یا همراهان آنان داشته باشد. پیشنهاد می‌شود فرآیند گذار به همودیالیز در کودکان تحت همودیالیز نیز بررسی شود و وجود یا عدم وجود مراحل این فرآیند از جمله چالش در پذیرش همودیالیز تبیین گردد و در صورت تفاوت‌های احتمالی با فرآیند گذار در بزرگسالان و مرحله چالش در پذیرش همودیالیز مقایسه شود.

References

1. Brunner LSH, Suddarth DS. Textbook of Medical-Surgical Nursing. 12th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins. 2010.
2. Simfroosh N, Nooralizadeh A. Comprehensive Textbook of Iran Urology. Tehran:Behineh. 2007. [Persian]
3. 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. Iranian J Crit Care Nurs. 2010; 3(4): 133-42. [Persian]
4. 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. 2011; 12, 4(40): 385-96. [Persian]
5. Asgari MR. Adjustment process in hemodialysis patients. Unpublished PhD. Thesis, University of Tarbiat Modares, Tehran, Iran. 2011. [Persian]
6. Alilo L, Shakib A, Sharghe A. The effect of care education in home on knowledge and practice of patients on hemodialysis. J Urmia Univ Med Sci. 2011; 22(5): 410-5. [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. Moran A, Scott PA, Darbyshire P. Existential boredom: the experience of living on hemodialysis therapy. J Med Ethics; Med Humanities. 2009;35:70-5.
9. Diane ST. What is the Lived experience of the client with End Stage Renal Disease on haemodialysis?2008. [Online] Available from:<http://etd.ohiolink.edu/view.cgi?acehum=mco1176378463?>
10. 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.
11. Tanyi Ra, Werner JS. Toward a trajectory of adjustment in women with end-stage renal disease on

- haemodialysis. *J Nurs and H Care of Chron ill in association with J clin Nurs.* 2008;17,5: 43-50.
12. Walton J. Prayer warriors: a grounded theory study of American Indians receiving hemodialysis. *J Neph Nurs.* 2007;34(4): 377-86.
13. Sinclair PM, Parker V. Pictures and perspectives: A unique reflection on inter dialytic weight gain. *J Neph Nurs.* 2009; 36(6): 589 - 97.
14. Strauss A, Corbin J. *Basics of Qualitative Research.* 2nd ed. Thousand Oaks: Sage Publication. 1998.
15. Struebert JH, Carpenter RD. *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative.* 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2007.
16. Klang B, Bjorvell H, Cycne N. Predialysis education helps patients choose dialysis modality and increases disease-special knowledge. *J Adv Nurs.* 1999; 29(4): 869-79.
17. Al-Arabi S. Quality of life: subjectivedescriptions of challenges to patients with end stage renal disease. *J Neph Nurs.* 2006; 33(3): 285-92.

Original Paper

Challenge in Acceptance of Hemodialysis: A Part of a Grounded Theory

Parkhideh Hassani(PhD)¹, Masoomeh Otaghi(MSc)^{*2}, Mansoureh Zagheri Tafreshi(PhD)¹,
Alireza Nikbakhat Nasrabadi(PhD)³

1- Assistant Professor of Nursing, Shahid Beheshti University of Medical Sciences. 2- PhD Student of Nursing, Shahid Beheshti University of Medical Sciences. 3- Full Professor of Nursing, Tehran University of Medical Sciences.

Abstract

Background and objective: The rate of end-stage renal disorder (ESRD) in Iran, 12%, is more than the worldwide range. The people with Hemodialysis are greatly under physical, mental and social pressures that make the acceptance of Hemodialysis difficult. Since the acceptance can be the beginning point of adaptation, this study aimed to explore the challenge in acceptance of Hemodialysis.

Material and Methods: This grounded theory study was undertaken in the Hemodialysis wards of the hospitals affiliated with Shaheed Beheshti University of Medical Sciences in Tehran. The first samples were selected via purposive sampling and the later ones with theoretical sampling till data saturation (N=24). Semi-structured interview, field notes and memos were used for data collection. The data was analyzed by using Strauss and Corbin method. Data rigor was confirmed by Lincoln and Goba criteria, considering ethical points.

Results: The challenge in acceptance of Hemodialysis emerged the categories of acceptance (by force, experience, reasoning or social norms) and lack of acceptance (subjective or objective) of necessity of Hemodialysis as well as their related codes.

Conclusion: The people on Hemodialysis encounter a challenge for acceptance of Hemodialysis. Education as well as personal, familial and social supports can resolve this challenge by changing lack of acceptance (subjective or objective) or acceptance by force to acceptance (by experience, reasoning or social norms).

Key words: Chronic Renal Failure, Hemodialysis, Patient's acceptance, Qualitative research

* **Corresponding Author:** Masoomeh Otaghi (MSc), **Email:** masoome_otaghi@yahoo.com

Received 10 Jan 2013

Revised 29 May 2013

Accepted 7 Jul 2013