Self-management Determinants in Kidney Transplant Recipients according to the Health Belief Model

Farahnaz Farnia(Ph.D.)¹, Mehdi Shafiezadeh(M.Sc.)², Mostafa Javadi(Ph.D.)³
1. Assistant professor, Department of Nursing, Research Center for Nursing and Midwifery Care, Nursing-Midwifery School, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.
2. Correspondence author : Faculty member, Islamic Azad University, Gachsaran Branch, Gachsaran, Iran. Email: mehdi.shafiazadeh@gmail.com Tel: 09132700799
3. Assistant professor, Department of Nursing, Nursing-Midwifery School, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

Abstract

Introduction: Kidney transplant recipients, as chronic patients, need lifelong self-management. Therefore, identification of the effective factors is helpful in strengthening the individuals’ adherence and planning self-management in the post-transplant period. However, the empirical research on this area is limited. The purpose of this study was “Explaining self-management determinants in kidney transplant recipients according to the health belief model”.

Methods: This qualitative content analysis was conducted in Kohgiluyeh and Boyer Ahmad province. The participants were included in the study by purposive and theoretical sampling methods until theoretical and classical saturations were achieved. The data were collected and analysed using 24 semi-structured interviews by 19 participants (14 transplant recipients, 4 family members, and a patient with a history of transplant rejection). The MAXQDA10 software was used to organize and manage the data.

Results. After analysing the data, 264 primary conceptual codes were extracted. The findings were reported in 20 sub-categories and in accordance with six categories of the health belief model (perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, perceived barriers, self-efficacy, and cues to action).

Conclusion. The findings of this qualitative study provided a profound understanding over the experiences of kidney transplant recipients and their family members about self-management determinants. The findings confirmed the health belief model constructs and its application in predicting these patients’ self-management. In addition, the findings can be a guide for health planners and policymakers to select the suitable interventions and strategies to improve the adherence to recipients’ self-management.

Keywords. Self-management, Organ transplantation, Kidney transplantation recipients, Health belief model, Qualitative research

Conflict of interest: The authors declared that there is no Conflict interest.
تهیه کننده‌های های خودمدیریتی در گیرنگ‌گان پوند کلیه بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی

نویسندگان: فرجانی فریادی، همیشگی شفر بازد، مصطفی جوادی

1. استدلال گروه پرستاری، دانشکده پزشکی و مامایی، مرکز تحقیقات پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهر شهید صدوقی، بروجرد.

2. نویسنده مستند:؛ مریم تامینی و مامایی، دانشکده آزاد و واحد گیلان‌شهر، گیلان‌شهر، ایران.

Email: mehdi.shafiazadeh@gmail.com

3. استدلال گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی دکتر صدوقی، بروجرد.

چکیده

مقید: گیرنگ‌گان پوند کلیه از جمله بیماران مزمن نیازمند خودمدیریتی نیست. ولی برای نظارت بر پیچیدگی های بیماری و برخورداری از هدایت، و این امر از طرف همیشگی شفر بازد مفید می‌باشد. از این رو بهداشتی نیازمندی از طرف همیشگی شفر بازد و گروه پرستاری بروجرد، برای انتخاب اعتقادات بهداشتی در گروه‌های پرستاری بروجرد بکار رفته است.

روش بررسی: این مطالعه تحلیل معنایی کیفی‌های برداشتی در گروه‌های پرستاری و محیط‌های میکروبی و اجتماعی انجام شد. مشارکت کنندگان به صورت هدفمند و به صورت شفاهی و دقت طبقه‌بندی شدند. داده‌ها با چهارمکس کننده (14 گروه پوند، 44 مورد، 46 مراکز) و پیک بیمار با ساقه رد پذیر مورد آزمون تحلیل شد. مدل مورد استفاده در این مطالعه MAXQDA است.

پایه‌ها: با تحلیل داده‌ها که مقداری از تکنیک‌های استخراج بوده که به‌طور کامل تحلیل و درک شده و به‌طور کامل، با شیوه‌های مدل اعتقاد بهداشتی (حساسیت درک کننده)، درک شده شد. درک شده، موارد درک شده، مبتدی درک شده، هواخوراک وی به همراه (ورودی‌های عمل) گزارش شد.

نتیجه‌گیری: نتیجه‌گیری این مطالعه این است که درک عمیق از تجربیات گیرنگ‌گان پوند کلیه و اعتقادات آن‌ها در مورد تغییرات کننده‌های خودمدیریتی فراهم می‌شود. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که اعتقادات بهداشتی و تغییرات آن در پیش‌بینی خودمدیریتی این دسته از مدیران است. به‌طور کلی می‌تواند به داخل راهنمایی برای مهارت تحملی و سیاست‌گذاران بهداشتی به‌طور کلی به‌طور کلی این پژوهش به‌طور کلی به‌طور کلی همیشگی شفر بازد باشد.

واژه‌های کلیدی: خودمدیریتی، پوند تعیین، گیرنگگان پوند، کلیه، مدل اعتقاد بهداشتی، تحقق کیفی.
مقدمه
بیوند کلیه درمان پیشنهادی ارجح در مرحله نهایی بیمار کلیه (کلیه)، به دلیل کیفیت زندگی و میزان باقی‌مانده بیمار در مقایسه با دیالیز می‌باشد. ولی ۶۶-۲۰ درصد از بیماران در طی دو سال اول بعد از بیوند، رد کلیه بیوندی را ترجیح می‌کنند (۲). رحیمی و همکاران در مطالعه گذشته نتایج Elle دوره ۳۷ ساله در بیمار گیرنده بیوند کلیه وهذه در طی ماه اول بعد از بیوند گزارش نمودند (۳). این در حالی است که بیوند عضو بیمار هزینه بر هزینه به هزینه از در روز. بیماری امینوساپروپیونیات کولونی، افزایش وزن، بیماری و Larsen (۵) قلی عروقی و اثرات جانبی روز یوست داردن. (۲) Lubkin (۲۰۰۹) می‌نویسد: «بیماران گیرنده بیوند؛ به دلیل تجارب وضعیت مزمن؛ هرگز بطور کامل درمان نشده و نیاز به مدیریت طولانی مدت بیماری و ناخوشی هیچ‌گاه، درمان ها و یا پیشگیری از ناتوانی بیشتر درن» (۴). آن‌ها بیانند بگیری سازش با توصیه‌های سیستم زندگی، رژیم درمانی، نگرانات نشان‌های اجتماعی و چالش‌های روحی بعد از جراحی هستند (۲).

Kosaka (۲۰۱۲) در این راستا معاف است: «بیمار بیوند کلیه واپس به عوامل سرکوب کننده سیستم ایمنی، تغییر از رژیم درمانی بعد از بیوند و اقدامات خودمدیریت از قبل مصرف داروهای، نظارت بر عوارض جانبی، پیشگیری از عفونت، فعالیت فیزیکی، مدیریت تغذیه و مشاوره مستمر با متخصصان می‌باشد. این اقدامات خودمدیریت برای حفظ سلامتی و پیشگیری از عود

عوارض و رد بیوند حالت اهمیت است (۷). بعلاوه به علت مشکلاتی از قبیل خطر مداوم بر بیوند و پیچیدگی رژیم دارویی دارای عوارض جانبی بیش از همانی با سایر بیماران مزمن نازمند خودمدیریت هستند (۱۰-۱۲). به عبارتی مؤلفن مدیریت سلامت خودشان را از طریق گزینه کردن، مصرف داروها و ارتباط با تیم بیوند شده در (۱۱-۱۲.

خودمدیریت به معنی مدیریت چالشهای طبی، روحی و اجتماعی بیماری مزمن در زندگی روزمره به هدف دستیابی به کیفیت زندگی مطلوب می‌باشد (۲). به عبارتی مجموعه ای از فعالیت‌ها و نقص فعالیت بیمار در مدیریت وضعیت سلامت خود می‌باشد (۳). خود مدیریتی توسط گیرنده بیوند کلیه فوائدی از قبل استقلال بهره‌وری بهبود کیفیت زندگی و کاهش باز جسمانی، روانی و اجتماعی دارد (۱). ولی مطالعات حاکی از این که در دیابت و ضعف خودمدیریت و تبعیت از سیک زندگی توصیه شده در این بیماران است (۱۵). حال آن که عدم تبعیت از ایمیوساپروپیونیات در گیرنده بیوند کلیه، عامل خطر مهمی برای ضعف پیامدها است. بعلاوه عدم تبعیت و عوامل مرتب با نظیر ادارکات بیمار بر روی بقای بیوند و حیات بیمار تأثیر دارد (۱۶). از سویی ناکامی در خودمدیریت به نوبه خود دارای پیامدهایی از قبل افزایش بار مالی و کاری و نیز کاهش روحی کارکان است. این در حالی است که پخش اعظم موثری در خودمدیریت مربوط با حرکت های مراقبت سلامتی در گیرنده بیوند کلیه است. آن‌ها عده‌های دار نفس اصلی در تسهیل مراقبت با کمک می‌شوند بر شواهد برای بهبود خودمدیریتی جامع بیوند کلیه و در نهایت بهبود بقای طولانی مدت کلیه بیوند شده هستند (1). و Been-Dahmen.
دریافت‌نامه علمی پژوهشی طلوع بهداشت (بررسی)

(۲۰۱۹) معتقدند: یکی از فعالیت‌های محوری پرستاران، حساسیت خودمدیریت در دوره‌ی بعد از پیوند بی‌روی ارائه‌ی پیام‌هایی طبی و روانی-اجتماعی است (۲). بدان‌روش، مدیریت و یادآوری پیوند است (۱۸). در این راستا، انجام پژوهش‌های کارآمد و شناخت بی‌روی و عوامل دلیل در خود مدیریت توصیه‌شده در پژوهش‌ها و برنامه رایگی‌ها از الگوها و تنهایی‌های مطالعه‌ی رفتار استفاده شود (۱۸).

روش پژوهش

در روش پژوهش (content analysis approach) مطالعه‌ی از نوع تحلیل محتملی یکی‌ها هدایت شده است. روش‌نامه‌گیری اولیه هدفمند و سیستم نظری (از مصاحبه‌ی نجوم به بعد) معرفی‌های ورد به مطالعه‌ی عبارت بود از: گیرنده‌گان پیوند کلیه مورد بحث از شش ماه پیش. دارای توانایی‌ی نحایی، بیان واضح و انتقال نشان‌های خود در محدوده‌ی ۱۶ تا ۲۰ سال و ساکن استان کهگیلویه و بویراحمد. گردداری در داده‌ای از تیر ماه ۱۳۹۴ در خرداد ماه ۱۳۹۵ انجام شد. مشارکت کننده‌گان ۱۹ نفر شامل گیرنده‌کلیه پیوند (مصاحبه‌ی با پنج نفر در یکی نویز)، چهار عضو خانواده بیمار و یک بیمار دیالیزی شده و یک بیمار دیالیزی از ساکن‌های این کلیه بودند. روش گردداری داده‌ای مصاحبه‌ی با سوال کلی در زمینه‌ی خودمدیریت بیماری و عوامل مؤثر آغاز می‌گردد. سپس بر اساس پاسخ
مشارکت کنندگان و نیز سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی هم‌اکنون می‌شود. زمانگر مصاحبه ۴۰ دقیقه و در کل به مدت ۷۴ دقیقه بود. جلسات مصاحبه بین یک تا دو جلسه متغیر بود. در مجموع ۷۴ مصاحبه انجام شد. نمونه‌گیری تا رسیدن به اشباع داده‌ها ادامه یافت. تمام مصاحبه‌ها حضور و هم‌بینی نتاب و هم‌زنمان با رویکرد تحلیل محتوای گرفته شده تحلیل گردید. در رویکرد تحلیل محتوای گرفته شده، اساس تحلیل نظری با موجود یا تاکید زنجیره‌های پژوهشی به عنوان راهنما کدهای اولیه ساخته شد. (۲۳) اف‌آیند تحلیل محتوای با رویکرد هدایت شده نسبت به سایر انواع استخراج‌متد است. بدین معنا که نظریه از پیش موجود می‌تواند به تمرکز بررسی‌های تحلیلی گمک‌کند. این امر بین های pivotal در تغییر مورد نظر با ارتباط بین تغییر‌های اثره‌ها مورد نظر با ارتباط می‌کند. برای یافتن تحلیل؛ اگر هدف تحقیق، شناسایی و مقوله‌بندی همین موارد مربوط به یک ویژه نشان‌دهنده مورد باشند؛ باز کل متن مطالعه و بخش‌های مربوط به بدیهه مورد نظر بر اساس برداشت اولیه محض مشخص و علائم گذاری گردند. در مرحله بعدی قسمت‌های علائم گذاری کدگذاری براساس کدهای از یک بین‌شده (بر اساس نظریه)، کدگذاری می‌شوند. به علاوه می‌توان به بخش‌هایی از متن که در کدگذاری اولیه جا نمی‌گیرد، کد جداگانه داد. کدگذاری در این مطالعه طبق پرسش تحقیق، با رعایت رتبیت فوق انجام شد (۲۴). نرم‌افزار MAXQDA برای شهیل داده‌ها در تحلیل رفت و پرگشت، فهرست، دسته‌بندی و مقایسه مکرر داده‌های مختلف با پژوهشی نقل و قول و تأثیراتی استفاده شد (۲۵). برای اطمینان از صحت و باپایی داده‌ها چهار معیار اعتبار، تایپدیسی، ف رای اعتماد و انتقال پذیری مانند بود. (۲۶) به

۹۹ سال هندهم، شماره‌های پژوهش طولانی‌بازداشت یزد

[DOI: 10.18502/tbj.v18i4.1858]
در پی‌پدیدار شد. آن گاه هر کدام از زیر طبقات اولیه در یکی از شش طبقه سازه های از قبل تعیین شده مدل اعتقاد بهداشتی (شامل حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده، موانع درک شده، راهنماه عمل و خودکار آمیزی) بر اساس تعیین عملیاتی آن ها قرار گرفته‌اند. با تحلیل داده‌های طبقه جدید دیگری به جز طبقات فوق پیدا نشده. در جدول ۱، نمونه‌ای از روند شکل‌گیری زیرطبقات مطالعه با محوریت سازه های مدل اعتقاد بهداشتی آمده است.

جدول ۱: روند شکل‌گیری زیر طبقات تعیین کننده‌های خود مدیریتی در گیرنده‌گان پیوند کلیه مطالعه با سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی

<table>
<thead>
<tr>
<th>زیر طبقه</th>
<th>برچسب مفهومی</th>
<th>کد باز</th>
<th>نقطه قرار گرفتن مشترک کننده‌ها</th>
</tr>
</thead>
</table>
| درک خطر بالقوه عوارض درمان | اعتقادات به آسیب پذیری نسبت به عفونت با درمانی در درمان | درک خطر بالقوه عفونت به دلیل ضعف جسمی و رژیم درمانی | به خاطر داروها بدن‌پوش عفونت دهد. بدترین شهادت می‌گیرد. 
| شدت خطر درک شده عوارض رد پیوند | مواجهه با عملکرد و نشانه‌های احتمال برای پیوند | متوجه شدن است - پیوند احتمالی مقالات - مقالات مختلف - پژوهش‌های احتمالی | در بار که مرکزیت تعیین کننده‌ها باید رفته و تب داشته شود. شناسایی پیوند بودن و درک شدنی که تشریح می‌کند که یک‌دابلر دیگری نیست. 
| منابع و دسترسی | عبارتی به پیوند مراقبت | گزاره به توجه به روشی رژیمی و لیکو‌هش نمی‌گیرد. 
| سلامت روایی | آزمایش‌های روایی فعالیت | همین روزه و رفتنه یک سانگ بامش شده که یک بازیگر آزمایش باشد. 
| هشدار عضی | تجربه عوارض | به‌عنوان رژیم غذایی به دنبال عمل قلب | می‌کند. دوینک‌کش صورت کرد. عمل کردن بی‌روانی مک: می‌کنند. خونه و گاهی می‌کنند. 
| احساس می‌کنند که این سبک بازی از یک‌پلاکت چهار روش منجر به اعضا چهار بزرگ‌روده و ماه‌های می‌گیرد. احساس می‌کنند که او پیوند می‌کند. در حال این احساس می‌کنند که او پیوند می‌کند. می‌کنند. در حال این احساس می‌کنند. می‌کنند. در حال این احساس می‌کنند. می‌کنند. در حال این احساس می‌کنند. می‌کنند. در حال این احساس می‌کنند. می‌کنند. در حال این احساس می‌کنند. می‌کنند. در حال این احساس می‌کنند. می‌کنند. در حال این احساس می‌کنند. می‌کنند. در حال این احساس می‌کنند. می‌کنند. در حال این احساس می‌کنند. می‌کنند. در حال این احساس می‌کنند. می‌کنند. در حال این احساس می‌کنند. می‌کنند. در حال این احساس می‌کنند. می‌کنند. در حال این احساس می‌کنن...
طقه 'شدت درک شده' شامل دو زیرطقه 'الموس بودن عوارض' و 'شدت خطر درک شده عوارض رد پیدا' بود.

طبق نتایج شرکت کنندگان که مشکلات قبل از پیدایش و زمان دیالیز با رد پیدا در کرک وارد پیدا، پشی از سایرین به عوارض و خطرات ناشی از عدم خودمدیریتی می‌اندیشیدند. لذا سال هجدهم، شماره چهارم، مهر و آبان 1398
به زندگی پیشت شده... (زن ۳۸ ساله با سابقه ۲ سال پیوند)." 

dیگری اظهار داشت: دقت کردم دهم همین مراقبتهای که
از خودم می کنم موجب شده کمتر نازی به دکتر پیدا کنم.

(مرد ۴۰ ساله با سابقه ۸ سال پیوند).

طبق یافته‌ها یکی نبرد طبقه "محدود‌دت منابع و دسترسی". "موانع
فهرستی و آموزشی"، "عوامل محیطی"، "عوامل درون فردی"
و "پیچیدگی رفتار مراقبتی" در طبقه "موانع درک شده" مدل
قرار گرفت. بیشترین کدها مرتبط با عوامل تأثیرگذار و تبعین
کندهای خودمدیرینی در گروه‌گردان پیوند کلیدهای یک طبقه قرار
داشتند. بر اساس تجربه اغلب مشارکت کنندها، جبران طبقه
محدود‌دت منابع و دسترسی شامل حمایت ناکافی، کم‌بود
امکانات و تسهیلات، هزینه برند مراقبت، کم‌بود وقت و نیز
توزیع نیاز‌های دارو و خدمات دمانتی از موانع مهم و تأثیرگذار در
این روند بود. بعد از آنکه خانم فوت گرد و اقعای رعایت
زیست خونه‌ها است کننده، به‌همین‌طور دیگر کسی
نیک چه حواشی به من باش و من کس دیگه ای رو نداشتند..."

(مرد ۳۹ ساله تحت دیالیز با سابقه رک پیوند). از سوی آموزش
نافذ، تناقض اطلاعاتی، نداشت مهرات، سبک زندگی
ناماسکار، باروری زمانی ای فرد و اطراوان و نگرش منفی جامعه
از موانع فهرستی و آموزشی بودند. بعضی از مشارکت کنندها
تعلیم درمان در توصیه‌های سلامتی به توصیه ناکافی را دیل
عدم با پایه‌های مراقبتی می دانستند. قبل از روزی رو به
منگفت که عینک‌های زنده و تو آفات دسره دسره فقط فنگش که به آفات ناگه
نکن! حالا که چشمه آم مراود آورده گفت و یو پس داروها و
آفات اگه می دونستم که منی می کرد تو آفات ایام اصلاً

(مرد ۴۴ ساله با سابقه پیوند از ۵ سال قبل). خانم ۲۸ ساله ای با

سازه "رئاهسی برای عمل" در گریده زیر طبقات "توصیه به
انجام مراقبت" و "عملکرد کادر بیمارستان" به عنوان راهنمای
خارجی و "موجه به چالش‌های قابل کنر" از پیوند"و "هددار
عبری" به عنوان راهنمای داخلی بود. "مادم‌هر وقت که
می خواهم به کاری را انجام بدم که برام ضروری می گه
باید رفته چه جزیری کسانی؟چقد برای گرفه چرایی؟..."

(مرد ۳۳ ساله با سابقه ۹ سال پیوند). زن ۳۱ ساله با سابقه ۲۵ سال
پیوند اینگونه اظهار داشت: "وقتی از بیمارستان مرخص شدم به
گفتند و به یه پرده هم داده که زیرم غذا شی رو رعایت کنم

سال هیجدهم، شماره چهارم، ۱۳۸۹ و آبان 1389

[DOI:10.18115/2020.02.18.058]
نیکین تغییر کننده‌های خودمدیریت در گیرنده‌گان پیوند کلیه بر اساس مدل اقتصاد بهداشتی

داروها و بخوروم و چه موقع به مطلب مراجعه کنیم. ممّا هیچ‌یک از جمله مشارکت کننده فوق‌العاده با رسانه به ویژه پیام و برنامه‌های آموزشی صدا و سیما و ارتباط با هم‌نامیان در دنبال مجازی را به عنوان محرکی برای انجام رفتارهای خودمدیریت خود درک کرده‌بودند. وقتی که تلویزیون برنامه‌ای داشته باشید که در مورد کلیه بایا، در مورد داروها، دبیت و یا پیوند باشه می‌کنن نوع نگاه می‌کنیم و خوب بشه حرفه‌ای گوش میدم... عمل می‌کنم.

مشارکت کننده‌گان مواردی مانند، وزن کردن، روزانه در پبخش، کنترل علائم حیاتی، محدودیت ملایمات در پبخش، رعایت بهداشت، فحأشه، وزن‌ریزی، انجام شماره و... را از الگوی انجام و پایین‌یابی به خودمدیریت من می‌دانستند. مشارکت کننده‌ای در مورد صرف مایعات و کنترل فرورسیده دادی افراد گفت: "می‌گفتند مایعات زیاد بخورم ولی به پیمان‌های بود که ادرارمون رو هر روز تون جمع کردم و بررسی می‌کردم... حالا هم برخی وفتا که من احساس کنم که ادرارم کمتر شده با یه مشکلی داشته باشم با یه طریقه ورزش اندام‌ها می‌گیرم..." (مرد 49 ساله با سابقه پیوند از 5 سال قبل). از فرنگی ورزش کردن 3-4 ساله به صورت معمولی گزارش می‌کرده‌بود. این افراد به خود مدیریت می‌کردند و چندین بار عمل می‌کردند تا نتیجه‌گیری جلوگیری از عوارض بعد از پیوند می‌کردند، از هر چند هم رعایت کردن نتیجه‌گیری مشکل قلبی رو بگیرم. چند بار عمل را کردند، نتیجه‌گیری مشکل قلبی رو بگیرم. حالا کلیه بخواهد پس بزید، من چه کاری می‌تونم انجام بدم؟ (مرد 46 ساله با سابقه 4 سال پیوند).

بحث و تنبیه گری
در این پژوهش تغییر کننده‌های خودمدیریتی در گیرنده‌گان پیوند کلیه بر اساس مدل اقتصاد بهداشتی طبق تجربیات مشارکت

سال هیچ‌کدام.شمایه دره.مهر و آبان 1398

دو ماه‌انه علمی پژوهشی طلوع بهداشتی یزد

 DOI: 10.18502/tbj.v18i4.1858
کننده‌گان به تصویر کشیده شد. یافته‌های این پژوهش حاکی از
تناسب و جامعیت شش سازه با طبقه مدل اعتقاد به‌داشتی در
تینی عوامل مؤثر بر خودمدیریتی گروه مزبور بود. اگرچه
مطالعه ای در این خصوص در دریافت کننده‌گان پیوند واقع
شد، وی همگی با این یافته، مطالعات کمی انجام شده در
بیماران مبتلا به دیابت و نارسایی قلبی به عنوان بیماری مازمن،
مدل اعتقاد به‌داشتی را چارچوب و ابزاری برای پیش
بینی و ارتقاء خودمدیریتی داشته‌اند (29-37).
در پژوهش حاضر بیماران که احساس تهدید کننده‌گی شرایط
و عوارض ناشی از بیماری می‌کردند با نارنجی ابتلا به آن عوارض می‌دیدند. می‌شود مقایسه به‌عیسی های
مراقبه، تیم پیوند. به عبارتی اغلب شرکت کننده‌گان دائم
نگران نگرانند. گرگنت به دیالیز و عوارض داروهای پیوند
بودند. مطالعات دیگر نیز در این پیوند، عوارض دارویی و
آینده مهم را از مهم ترین نگرانی‌های جیرنده‌گان پیوند کلیه و
برانگیرانده تبیج از خودمدیریتی پیشرفت‌های ان (36-39). از
سواب طبق یافته‌های مطالعه حاضر بعضاً از شرکت کننده‌گان
رابطه بین داروهای پیوند و عوارض جدی مثل بیماری قلبی-
عرقی و سرطان را خوب درک نکرده و خودمدیریتی را جدی
نیز گرفتند. این یافته‌ها مس با یافته‌های مطالعات کیفی قابل
است (33). در توییج این یافته می توان چنین اظهار
داشت معمولاً آگاهی در درک ارتباط بیماری با عوارض بالقوه
به نوعی موجب می‌شود فرد خود را در معرض ابتلا احساس و با
دقت و حساسیت بیشتر به اصول خود مدیریتی بیماری پایین
باشد. همسر با یافته‌های مطالعه حاضر، برخی مطالعات کمی
حساسیت و شدت درک شده و برانگیرانده کننده‌گان آن را پیش

دانشجویان علمی پژوهشی طلوع بهداشت یزد
دو ماهه‌ای علمی پژوهشی طلوع بهداشت یزد
71
تینیت عیین کننده‌های خودمدیریت در کهن‌گان یپوند کله بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی

Brito خودکارآمدی به واسطه خستگی هم‌سوز با مطالعه است(55). برخی مطالعات نیز هم‌سوز با مطالعه حاضر خودکارآمدی را در خودمدیریت آت دانستند(56). یافته‌های این مطالعه کیفی درک عمیقی از عیین کننده‌های

رفتار خودمدیریتی از دیدگاه گیرنده‌گر یپوند کله و اعضای خانواده آن ها فراهم می‌نمود. بدون شک اطلاع از این ادراکات

می‌تواند در توسعه برنامه‌های آموزشی و بهبود تسهیلات خودمدیریتی در این دسته از بیماران مفيد واقع شود. طبق یافته‌های طبیعت و سازش‌های کنونی اعتقاد بهداشتی می‌تواند چارچوب مناسب برای پیش‌بینی خودمدیریتی این دسته از مدیریان باشد. بعلاوه می‌توان مدل بهداشتی مذکور را برای انتخاب برنامه آموزشی مناسب ارائه دهنده خودمدیریتی بیماران دریافت کننده یپوند پیشنهاد نمود. به عبارتی با دنرفتگی نقش درک خطرات تهدیدات و منافع درک شده در فعالیت خودمدیریتی، گیرنده‌گر یپوند کله، می‌توان با آموزش

خطرات احتمالی و فواید شناخته شده به افزایش حساسیت و شدت درک شده و با پالم دستیابی به سطح بالاتر خودمدیریتی این گروه از بیماران کمک می‌نمود. از سویی توجه به وضع سیار موجود در این مسئله نیز حائز اهمیت است. لذا ییشنهاد می‌شود

با توجه به زیبایی زیاد یپوند، دست اندرکاران امر یپوند کله با رفع و به حداقل رساندن مواد شناخته شده مرافق به اینکه خودکارآمدی و مسئولیت پذیری اجتماعی از عوامل

برای گیرنده‌گر یپوند کله، به افزایش خودمدیریتی بیماران کمک کند. بعلاوه، به نظر می‌رسد توجه

تاریخ راهنمایی و درک به‌زودی مناسب یپوند کله خودمدیریتی بیماران کمک کند. در این برای درمان به راهنمایی و بازخورده مناسب یپوند کله

یافته‌های بی‌بازوردی درمانی بهتر می‌باشد. در این راستا نتایج بیانگر ضرورت توجه پزشکان و پرستاران

دو ماه‌های علمی پژوهشی طول بهداشت یپوند.

کیفی ٍیریسم(56) و ٍیریسم(57) است. ٌیٛص خودکارآمدی در این راستا اگرچه اغلب بیماران، پزشک و

برسا با مهم ترین راهنمای عمل خود می‌دانستند ولی برخی

برنامه‌های رسانه و نیز پیام‌های وی بوف دند شده در دندان‌پزشکی

با همان‌گونه را محرک خودمدیریتی می‌دانستند. این یافته هم‌سوز با

نتایج مطالعه کیفی، قدیمی و نیز سیŏمکان(56) و

غیره‌مسم‌با مطالعه رمانتیک تهرانی بود(56). بعلاوه، طبق

تجربیات مشابه کننده‌گان این پژوهش هم‌سوز با مطالعه

در گیرنده‌گر یپوند کله و مطالعه مونی در گیرنده‌گر

Lorenz یپوند که تغییر در آزمایشات و مشاهده علامت‌ها مشکلات جسمی

و ایثار به عوارض بعد از یپوند به عنوان راهنمای درونی برای

خودمدیریتی بود(11)

بعضی از دریافت کننده یپوند کله در این مطالعه به پزشک

خود نسبت به انجام رفتار خودمدیریتی تا حدودی اطمینان داشتند. این مفهوم اشاره به خودکارآمدی دارد. احساس خودکارآمدی

پیش تازهم برفی تغییر رفتار است(46). ارتباط

خودکارآمدی با شروع و بهبود و حفظ و رفتارهای بهداشتی نیز در

مطالعات کمی یکله نشان داده است(46، 8، 7، 48). بعلاوه

هم‌سوز با مطالعه توانا نمودن بیماران و تعامل با

Campbell آن در خودمدیریتی نش داشت(49). نیز در

مطالعه خود نتیجه گرفتند به رغم تحمل بار اضافی تبعیت,

خودکارآمدی و مسئولیت پذیری اجتماعی از عوامل

برای گیرنده‌گر یپوند کله، به افزایش خودمدیریتی

در این بیماران می‌باشد(50). از سویی

شک کننده‌گان در این مطالعه هم‌سوز با نتایج مطالعات قبلی,

محیط حمایت کننده را از عوامل ارتقا توان خودکارآمدی

گزارش نمودند(54، 55).

شکست مشارکت کننده‌گان در

سال هجدهم، شماره چهارم، مهر و آبان 1398
References


22-Mansoorian Y. Researchers’ hopes and doubts about the qualitative approach in the research process. ketabmah-koliat Monthly. 2009;3(147):5-60. [Persian]


35-Zalak K, Kazemi- Haki B, Matlabi H. Obstacles to Self-Care From The Viewpoint of TypeII Diabetic Patients and Guidelines to Remove Them. . orjani Biomed J. 2012;7-1:30.[Persian]


