



ORIGINAL ARTICLE

Received: 2019/07/17

Accepted: 2019/07/22

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

Farahnaz Farnia(Ph.D.)¹, Mehdi Shafiezhadeh(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.shafiezhadeh@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 actions).

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 policy makers 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 of interest.



This Paper Should be Cited as:

Author : Farahnaz Farnia, Mehdi Shafiezhadeh, Mostafa Javadi. Self-management Determinants in Kidney Transplant Recipients.....Tolooebehdasht Journal.2019;18(4):62-78.[Persian]



تبیین تعیین کننده های خودمدیریتی در گیرندگان پیوند کلیه بر اساس مدل اعتقاد

بهداشتی

نویسندگان: فرحناز فرنیآ^۱، مهدی شفیع زاده^۲، مصطفی جوادی^۳

۱. استادیار گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی، یزد، ایران.

۲. نویسنده مسئول: مربی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد واحد گچساران، گچساران، ایران.

Email: mehdi.shafiazadeh@gmail.com

تلفن تماس: ۰۹۱۷۱۴۹۰۲۱۶

۳. استادیار گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی، یزد، ایران.

چکیده

مقدمه: گیرندگان پیوند کلیه از جمله بیماران مزمن نیازمند خودمدیریتی تا پایان عمر هستند. لذا برای تقویت تبعیت و برنامه ریزی خودمدیریتی بهتر در دوره بعد از پیوند، شناسایی عوامل مؤثر کمک کننده است. اما اطلاعات در این زمینه محدود است. هدف مطالعه حاضر «تبیین تعیین کننده های خودمدیریتی در گیرندگان پیوند کلیه بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی» بود.

روش بررسی: این مطالعه تحلیل محتوای کیفی هدایت شده، در کهگیلویه و بویر احمد انجام شد. مشارکت کنندگان به صورت هدفمند و سپس نظری تا دستیابی به اشباع نظری و طبقاتی، وارد مطالعه شدند. داده ها با ۲۴ مصاحبه نیمه ساختار با ۱۹ مشارکت کننده (۱۴ گیرنده پیوند، ۴ عضو خانواده و یک بیمار با سابقه رد پیوند) گردآوری و هم زمان تحلیل شد. مدیریت داده ها تحت نرم افزار MAXQDA10 انجام گرفت.

یافته ها: با تحلیل داده ها ۲۶۴ کد مفهومی اولیه استخراج شد. یافته ها در ۲۰ زیر طبقه و منطق با شش طبقه مدل اعتقاد بهداشتی (حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده، موانع درک شده، خودکارآمدی و راهنمایی عمل) گزارش شد.

نتیجه گیری: یافته های این مطالعه کیفی درک عمیقی از تجربیات گیرندگان پیوند کلیه و اعضای خانواده آنها در مورد تعیین کننده های خودمدیریتی فراهم نمود. یافته ها حاکی از تایید سازه های مدل اعتقاد بهداشتی و نیز کاربرد آن در پیش بینی خودمدیریتی این دسته از مددجویان است. بعلاوه می تواند راهنمای برنامه ریزان و سیاست گذاران بهداشتی، برای انتخاب مداخلات و راهبردهای مناسب برای بهبود پایداری به خودمدیریتی گیرندگان پیوند باشد.

واژه های کلیدی: خودمدیریتی، پیوند عضو، گیرندگان پیوند کلیه، مدل اعتقاد بهداشتی، تحقیق کیفی.

این مقاله برگرفته از پایان نامه مقطع کارشناسی ارشد پرستاری در مراقبت ویژه، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد می باشد.

طلوع بهداشت

دو ماهنامه علمی پژوهشی

دانشکده بهداشت یزد

سال هیجدهم

شماره چهارم

مهر و آبان ۱۳۹۸

شماره مسلسل: ۷۶

تاریخ وصول: ۱۳۹۸/۰۴/۲۶

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۴/۳۱



مقدمه

پیوند کلیه درمان پیشنهادی ارجح در مرحله نهایی بیماری کلیه (۱)، به دلیل کیفیت زندگی و میزان بقا بهتر بیمار در مقایسه با دیالیز می باشد. ولی ۶۸-۲۰ درصد از بیماران در طی دو سال اول بعد از پیوند، رد کلیه پیوندی را تجربه می کنند (۲). رحیمی و همکاران در مطالعه گذشته نگری طی دوره ۳۷ ساله در ۲۵۵۷ بیمار گیرنده پیوند کلیه، ۸۶ رد پیوند حاد در طی ماه اول بعد از پیوند گزارش نمودند (۳). این در حالی است که پیوند عضو بسیار هزینه بر هست. به گونه ای که میانگین هزینه هر جراحی پیوند در آمریکا، ۲۹۹۸۳ دلار برآورد شده است (۴). لذا برای پیشگیری از رد پیوند، استفاده طولانی مدت از داروهای ایمنوساپرسیو توصیه شده است. این داروها نیز به نوبه خود عوارضی از قبیل عفونت های گوناگون، افزایش وزن، بیماری قلبی عروقی و اثرات جانبی بر روی پوست دارند (۵). Larsen و Lubkin (۲۰۰۹) می نویسند: «بیماران گیرنده پیوند؛ به دلیل تجربه وضعیت مزمن؛ هرگز بطور کامل درمان نشده و نیاز به مدیریت طولانی مدت بیماری و ناخوشی های همراه، درمان ها و یا پیشگیری از ناتوانی بیشتر دارن» (۶). آن ها نیازمند یادگیری سازش با توصیه های سبک زندگی، رژیم درمانی، تغییرات نقش های اجتماعی و چالش های روحی بعد از جراحی هستند (۲).

Kosaka (۲۰۱۳) در این راستا معتقد است: «پیامد پیوند کلیه وابسته به عوامل سرکوب کننده سیستم ایمنی، تبعیت از رژیم درمانی بعد از پیوند و اقدامات خودمدیریتی از قبیل مصرف داروها، نظارت بر عوارض جانبی، پیشگیری از عفونت، فعالیت فیزیکی، مدیریت تغذیه و مشاوره مستمر با متخصصان می باشد. این اقدامات خودمدیریتی برای حفظ سلامتی و پیشگیری از عود

عوارض و رد پیوند حائز اهمیت است (۷). بعلاوه به علت مشکلاتی از قبیل خطر مداوم رد پیوند و پیچیدگی رژیم دارویی دارای عوارض جانبی بالقوه، این ها حتی بیش از سایر بیماران مزمن نیازمند خودمدیریتی هستند (۸-۱۰). به عبارتی موظفند مدیریت سلامت خودشان را از طریق کنترل کردن، مصرف داروها و ارتباط با تیم پیوند عهده دار شوند (۱۱-۱۲).

خودمدیریتی به معنای مدیریت چالش های طبی، روحی و اجتماعی بیماری مزمن در زندگی روزمره با هدف دستیابی به کیفیت زندگی مطلوب می باشد (۲). به عبارتی مجموعه ای از فعالیت ها و نقش فعال بیمار در مدیریت وضعیت سلامت خود می باشد (۱۳). خود مدیریتی توسط گیرندگان پیوند کلیه فوایدی از قبیل استقلال، بهره وری، بهبود کیفیت زندگی و کاهش بار جسمانی، مالی و اجتماعی دارد (۱). ولی مطالعات حاکی از بی کفایتی و ضعف خودمدیریتی و تبعیت از سبک زندگی توصیه شده در این بیماران است (۱۴، ۱۵، ۵). حال آن که عدم تبعیت از ایمنوساپرسیوها در گیرندگان پیوند کلیه، عامل خطر مهمی برای ضعف پیامدها است. بعلاوه عدم تبعیت و عوامل مرتبط با آن نظیر ادراکات بیمار بر روی بقای پیوند و حیات بیمار تأثیر دارد (۱۶). از سویی ناکارآمدی خودمدیریتی به نوبه خود دارای پیامدهایی از قبیل افزایش بار مالی و کاری و نیز کاهش روحیه کارکنان است. این در حالی است که بخش اعظم موفقیت در خودمدیریتی، مرتبط با حرفه های مراقبت سلامتی درگیر در مدیریت پیوند کلیه است. آن ها عهده دار نقش اصلی در تسهیل مراقبت باکیفیت مبتنی بر شواهد برای بهبود خودمدیریتی جامع پیوند کلیه و در نهایت بهبود بقاء طولانی مدت کلیه پیوند شده هستند (۱). Been-Dahmen و



همکاران (۲۰۱۹) معتقدند: «یکی از فعالیت های محوری پرستاران، حمایت از خودمدیریتی در دوره بعد از پیوند؛ برای ارتقاء پیامدهای طبی و روانی- اجتماعی است(۲). بدین منظور توجه به تعیین کننده های خودمدیریتی، گام مهمی در زمینه مدیریت و کاهش عوارض پیوند است(۱۷). در این راستا برای انجام پژوهش های کارآمد و شناخت بهتر موانع و عوامل دخیل در خود مدیریتی، توصیه شده در پژوهش ها و برنامه ریزی ها، از الگوها و نظریه های مطالعه رفتار استفاده شود(۱۸). Skiveren و همکاران(۲۰۱۰) با مطالعه کیفی رفتار محافظت از نور خورشید در گیرندگان پیوند کلیه طبق مدل اعتقاد بهداشتی، این مدل را برای شناسایی عوامل مؤثر بر سایر رفتارهای خود مراقبتی توصیه نمودند(۱۹).

مدل یا الگوی اعتقاد بهداشتی، الگویی روان شناسی است که تلاش می کند رفتارهای بهداشتی را توضیح داده و پیش گویی نماید. این مدل با تمرکز بر نگرش و عقاید افراد، رابطه اعتقادات و رفتار را نشان می دهد. در حقیقت به ما اجازه می دهد که عوامل روانی احتمالی مؤثر بر تصمیم افراد را مورد بررسی قرار دهیم(۲۰). بر اساس این مدل، افراد برای خودمدیریتی نخست باید در برابر مسأله احساس خطر نمایند(حساسیت درک شده). سپس عمق خطر و جدی بودن آن را درک (شدت درک شده) و در صورت ارزیابی مثبت منافع و فقدان موانع جدی، با توجه به راهنمایی های عمل و خودکارآمدی درک شده نسبت به اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده اقدام کنند(۲۱). ولی به رغم اهمیت این مدل در پیشگویی رفتارهای بهداشتی، کمبود اطلاعات در زمینه عوامل مؤثر بر رفتار خودمدیریتی بیماران پیوند کلیه، و نیز مطالعه پدیده طبق ابعاد مدل فوق مشهود است. لذا با توجه به

خلأ اطلاعاتی موجود، به نظر می رسد مطالعه بومی درک و تجربیات افراد برای کشف عمیق پدیده در بستر جامعه ایرانی و کسب اطلاعات پایه دقیق ضرورت دارد. در این راستا پژوهش های کیفی امکان مطالعه عمیق و همه جانبه مفاهیم را فراهم می آورند. به عبارتی مفاهیم احساسی، اجتماعی و فرهنگی که در قالب اعداد و ارقام نمی گنجند، از جمله زمینه های مطرح در پژوهش های کیفی هستند. این پژوهش ها بر بدنه دانش موجود در خصوص پدیده مورد مطالعه افزوده و در پایان، تصویری جامع از پدیده مورد مطالعه ترسیم می شود(۲۲). بدین منظور مطالعه کیفی حاضر با هدف "تبیین تعیین کننده های خودمدیریتی در گیرندگان پیوند کلیه بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی" انجام شد.

روش بررسی

مطالعه از نوع تحلیل محتوای کیفی هدایت شده (Directed content analysis approach) است. روش نمونه گیری اولیه هدفمند و سپس نظری (از مصاحبه پنجم به بعد) بود. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بود از: گیرندگان پیوند کلیه با سابقه بیش از شش ماه پیوند، دارای توانایی یادآوری، بیان واضح و انتقال تجربیات خود، در محدوده سنی ۱۶ تا ۷۰ سال و ساکن استان کهگیلویه و بویراحمد. گردآوری داده ها از تیر ماه ۱۳۹۴ الی خرداد ماه ۱۳۹۵ انجام شد. مشارکت کنندگان ۱۹ نفر شامل ۱۴ گیرنده کلیه پیوندی (مصاحبه با پنج نفر در بیش از یک نوبت)، چهار عضو خانواده بیمار و یک بیمار دیالیزی با سابقه رد پیوند کلیه بودند. روش گردآوری داده ها، مصاحبه های عمیق نیمه ساختاریافته بود. مصاحبه با سوال کلی در زمینه خودمدیریتی بیماری و عوامل مؤثر آغاز می گردید. سپس بر اساس پاسخ



مشارکت کنندگان و نیز سازه های مدل اعتقاد بهداشتی هدایت می شد. زمان هر مصاحبه ۸۰-۴۰ دقیقه و در کل به مدت ۸۷۴ دقیقه بود. جلسات مصاحبه بین یک تا دو جلسه متغیر بود. در مجموع ۲۴ مصاحبه انجام شد. نمونه گیری تا رسیدن به اشباع داده ها ادامه یافت. تمام مصاحبه ها ضبط و عینا تایپ و هم زمان با رویکرد تحلیل محتوای کیفی هدایت شده تحلیل گردید.

در رویکرد تحلیل محتوای کیفی هدایت شده، اساس تحلیل نظریه های موجود یا نتایج پژوهش های پیشین به عنوان راهنمای کدهای اولیه هستند (۲۳). فرآیند تحلیل محتوا با رویکرد هدایت شده نسبت به سایر انواع، ساختارمندتر است. بدین معنا که نظریه از پیش موجود می تواند به تمرکز پرسش های تحقیق کمک کند. این امر پیش بینی هایی درباره تغییرهای مورد نظر یا ارتباط بین متغیرها فراهم می کند. برای تحلیل؛ اگر هدف تحقیق، شناسایی و مقوله بندی همه موارد مربوط به یک پدیده ویژه باشد؛ باید کل متن مطالعه و بخش های مربوط به پدیده مورد نظر بر اساس برداشت اولیه محقق مشخص و علامت گذاری گردند. در مرحله بعدی قسمت های علامت گذاری شده براساس کدهای از پیش تعیین شده (بر اساس نظریه)، کدگذاری می شوند. بعلاوه می توان به بخش هایی از متن که در کدگذاری اولیه جا نمی گیرد، کد جدیدی داد. کدگذاری در این مطالعه طبق پرسش تحقیق، با رعایت ترتیب فوق انجام شد (۲۴). نرم افزار MAXQDA 10 برای تسهیل داده ها در روند رفت و برگشت، فهرست، دسته بندی و مقایسه مکرر داده های مختلف و بازیابی نقل و قول ها استفاده شد (۲۵).

برای اطمینان از صحت و پایایی داده ها چهار معیار اعتبار، تأییدپذیری، قابلیت اعتماد و انتقال پذیری مدنظر بود (۲۶). به

عبارتی پژوهشگر به مدت زیادی درگیر داده های حاصل از مصاحبه بود.

برای تأیید صحت داده ها و کدها از بازنگری مشارکت کنندگان استفاده شد. بدین معنا که برای اطمینان از صحت کدها و تفاسیر، متن مصاحبه بعد از کدگذاری به شرکت کننده بازگردانده و کدهای مغایر با نظر مشارکت کنندگان اصلاح می شد.

برای دستیابی به حداکثر تنوع و غنی سازی داده ها، سعی شد طیف متنوعی از مشارکت کنندگان از لحاظ جنس، سن، سطح تحصیلات، محل سکونت، نوع اهدا کننده عضو پیوندی، مدت زمان دریافت عضو پیوندی، انجام یا عدم انجام خود مدیریتی پیوند، ابتلا به عوارض بعد از پیوند، پیوند مجدد و بیماری زمینه ای انتخاب شوند. متن مصاحبه ها توسط اساتید با تجربه در تحقیق کیفی بررسی و بازنگری و در موارد اختلاف نظر، بعد از بحث و شفاف سازی، اجماع صورت گرفت.

ملاحظات اخلاقی پژوهش از قبیل شروع مطالعه بعد از طی مراحل قانونی رسمی (کد اخلاق IR.SSU.REC.1394.106)، حقوق انسانی شرکت کنندگان و کدهای ۲۶ گانه تحقیق (رازداری، اخذ رضایت آگاهانه و آزادانه کتبی برای شرکت در مطالعه و...) رعایت شد.

یافته ها

طبق یافته ها مشارکت کنندگان در محدوده سنی ۷۰-۱۶ سال بوده و مدت زمان سپری شده از پیوند کلیه در آن ها ۱۴-۱ سال بود. اغلب، گیرنده پیوند کلیه بار اول و از اهدا کننده مرگ مغزی بودند. اکثریت آن ها مرد، متأهل، ساکن شهر و دارای تحصیلات زیر لیسانس بودند.



با تجزیه و تحلیل داده ها، در مرحله اول از توصیفات غنی و عمیق شرکت کنندگان در مجموع ۱۳۱۶ کد باز استحصال شد. پس از حذف هم پوشانی ها و موارد تکراری، این عدد به ۲۶۴ کد باز اولیه رسید. در مرحله بعد تعریف عملیاتی سازه های مدل اعتقاد بهداشتی برای شناسایی موارد مرتبط انجام شد. سپس کدهای باز اولیه بر اساس تشابهات و تفاوت هایشان با یکدیگر مقایسه و دسته بندی شدند. در این مرحله با مقایسه و بازبینی ۶۵ برجسب مفهومی بدست آمده با یکدیگر، ۲۰ زیر طبقه انتزاعی تر پدیدار 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، راهنمای عمل و خودکارآمدی) بر اساس تعریف عملیاتی آن ها قرار گرفتند. با تحلیل داده ها، طبقه جدید دیگری به جز طبقات فوق پدیدار نشد. در جدول ۱، نمونه ای از روند شکل گیری زیرطبقات مطابق با محتوای سازه های مدل اعتقاد بهداشتی آمده است.

جدول ۱: روند شکل گیری زیر طبقات تعیین کننده های خودمدیریتی در گیرندگان پیوند کلیه مطابق با سازه های مدل اعتقاد بهداشتی

نقل قول های مشارکت کنندگان	کد باز	برجسب مفهومی	زیر طبقه
به خاطر داروها بدنم ضعیف شده مثل چینی بند زده هستیم... مثل یک کشوری هستیم که ارتشش ضعیف شده ... بیشتر در معرض حمله دشمنیم بیشتر در معرض عفونتیم....	درک خطر بالقوه عفونت به دلیل ضعف جسمی و رژیم درمانی	اعتقاد به آسیب پذیری نسبت به عفونت با رژیم درمانی	درک خطر بالقوه عوارض درمان
یه بار که کراتینین من خیلی بالا رفته بود و تب داشتم... مدت زیاد بستری بودم و دکترها می گفتند که احتمالاً پیوندم پس بزنه، تو ذهنم تصور می کردم که باید دوباره دیالیز بشم و از کار و زندگی بیفتم، خیلی ترس داشتم....	-مواجهه با علائم و نشانه های احتمال رد پیوند - بستری شدن برای درمان مشکلات -یادآوری تجربه تلخ احتمال رد پیوند	مواجهه با مشکل رد پیوند احتمالی	شدت خطر درک شده عوارض رد پیوند
من روغن زیتون و روغن کنجد تهیه می کنم ولی همش نمیشه که بگیرم....، گروه....	گران بودن تهیه روغن رژیمی	هزینه بر بودن مراقبت	محدودیت منابع و دسترسی
همین ورزش و رفتن به سالن باعث شده که اعصابم آرام باشه	آرام بخشی روانی فعالیت ورزشی	پیامد مثبت فعالیت بر عملکرد عصبی	سلامت روانی
از وقتی که قلبم رو عمل کردم خوب رعایت می کنم. تو این یکسال که قلب عمل کردم بیشتر غذای کم نمک می خورم و گاهی هم کم چرب....	تبعیت از رژیم غذایی به دنبال عمل قلب	تجربه عوارض	هشدار عینی
حس میکنم که این کلیه که تو بدن منه از بقیه اعضای خودم عزیزتره و مهمتره، مثل یه امانته. احساس میکنم که مسئولیت من در قبال این کلیه بیشتر از بقیه اعضای بدن خودمه. این حس باعث شده که بتونم بیشتر از خودم مراقبت کنم	-بها دادن به کلیه اهدایی -احساس مسئولیت در قبال کلیه اهدایی	مسئولیت پذیری در مراقبت	احساس توانمندی مطلوب



طبق یافته ها زیرطبقات "محدودیت درک خطرات جدی تهدید کننده سلامتی"، "درک خطر بالقوه عوارض درمان"، "درک خطر بالقوه بروز بیماری" و "درک خطر بالقوه رد پیوند" در طبقه "حساسیت درک شده" مدل قرار گرفت. یافته ها حاکی از طیف وسیع و متفاوت حساسیت مشارکت کنندگان در درک خطرناک بودن وضعیت یا ابتلا به عوارض؛ از انکار تا احساس خطر جدی؛ بود. «بعد از اینکه پیوند شدم زندگی من عادی شد... مثل بقیه مردم، مثل شما... الان من با بقیه مردم هیچ فرقی ندارم و هیچ خطری متوجه من نیست و به غیر از مصرف داروها، نیازی به چیز دیگه ای نیست...» (زن ۴۹ ساله با سابقه ۶ سال پیوند)، «دیگری گفت: «کلاه و عینک آفتابی استفاده نمی کنم... حس نمی کنم که نور خورشید برا من خطرناک باشه» (مرد ۴۳ ساله با سابقه ۱۱ سال پیوند). بر خلاف مشارکت کنندگان فوق، برخی دیگر حساسیت شدیدی نسبت به موضوع داشتند: «چون این داروها را هم می خورم که خودشون خیلی عارضه دارن، عارضه قلبی دارن، اگه رعایت نکنم ممکنه سکنه قلبی و حتی مغزی کنم... برا همین هست که اینقدر به خودم سخت می گیرم» (مرد ۴۹ ساله با سابقه ۵ سال پیوند). یا آقای ۳۳ ساله، با سابقه پیوند از ۹ ماه قبل چنین بیان کرد: «اگه رعایت نکنم به ضرر خودم تموم میشه ممکنه کلیه ام پس بزنه ممکنه یه بیماری دیگه بگیرم».

طبقه "شدت درک شده" شامل دو زیر طبقه "لمس بودن عوارض" و "شدت خطر درک شده عوارض رد پیوند" بود. طبق نتایج شرکت کنندگانی که مشکلات قبل از پیوند و زمان دیالیز یا رد پیوند را درک کرده بودند، بیش از سایرین به عواقب و خطرات ناشی از عدم خودمدیریتی می اندیشیدند. لذا

آن ها در صدد تلاش برای مدیریت بیماری خود و رفتارهای پیشگیرانه بودند. «...خُب میگم حالا من اگه رعایت نکنم و دوباره گُلیم از دست بره باید چی بشه؟ یا اینکه بمیرم و یا اینکه دیالیز بشم... اگه برگردم دیالیز که خودم تجربه کردم و می دونم که بازم زندگی خودم و خانوادم عذاب میشه، نمی تونم کار کنم و هزار بدبختی دیگه» (مرد ۴۳ ساله با سابقه ۱۱ سال پیوند). مادر یکی از گیرندگان پیوند هم اظهار داشت: «بیشتر از هر چیزی، از پس زدن پیوند می ترسه. می ترسه دوباره پیوندش رد بشه و مجبور به دیالیز بشه برا همین خودش خوب دقت و رعایت می کنه». از سویی افراد با سابقه بیش از یک بار پیوند بیشتر احساس خطر رد پیوند می کردند. خانم ۱۶ ساله پیوند بار دوم چنین اظهار داشت: «اون موقع که پیوند اولیم پس زد؛ یادم میاد که چقدر بستری شدم تو بیمارستان و دوباره دیالیز کردم. حالم خیلی بد بود و تا مدت ها مدرسه نتونستم برم... حالا دیگه من می دونم که اگه رعایت نکنم اگه دارو هام رو به موقع نخورم و دارو نباشه و این کلیه هم پس بزنه چه مصیبت هایی سرم میاد، چه سختی هایی در انتظارم هست... برا اینه که با جان و دل داروها رو می خورم و گلایه هم نمی کنم...».

سه زیر طبقه "سلامت جسمی"، "سلامت روانی" و "کاهش نیاز به استفاده از خدمات درمانی" در طبقه "منافع درک شده" قرار گرفت. اغلب شرکت کنندگان در پژوهش نتایج مثبت و مفید و بهبود کیفیت زندگی با پابندی به اصول خودمدیریتی را درک کرده بودند. همین امر به نوبه خود موجب انگیزش و ترغیب بیشتر آنها برای مدیریت بیماری می شد. «از وقتی رژیم غذایی رو رعایت و ورزش کردم دیگه ظاهرم مثل قبلا نیس یه کم پرت ر شدم، ظاهرم بهتر و زیباتر شده، روحیه خوبی دارم و امیدم



به زندگی بیشتر شده...» (زن ۳۸ ساله با سابقه ۲ سال پیوند). " دیگری اظهار داشت: «دقت کردم دیدم همین مراقبت هایی که از خودم می کنم موجب شده کمتر نیاز به دکتر پیدا کنم (مرد ۴۰ ساله با سابقه ۸ سال پیوند).

طبق یافته ها پنج زیر طبقه "محدودیت منابع و دسترسی"، "موانع فرهنگی و آموزشی"، "عوامل محیطی"، "عوامل درون فردی" و "پیچیدگی رفتار مراقبتی" در طبقه "موانع درک شده" مدل قرار گرفت. بیشترین کدهای مرتبط با عوامل تأثیرگذار و تعیین کننده خودمدیریتی در گیرندگان پیوند کلیه، در این طبقه قرار داشتند. بر اساس تجربه اغلب مشارکت کنندگان، زیر طبقه محدودیت منابع و دسترسی شامل حمایت ناکافی، کمبود امکانات و تسهیلات، هزینه بر بودن مراقبت، کمبود وقت و نیز توزیع نابرابر دارو و خدمات درمانی از موانع مهم و تأثیرگذار در این روند بود. «بعد از اینکه خانم فوت کرد واقعا رعایت رژیم غذایی برا من سخت شد، بهداشت هم همین طور... دیگه کسی نبود که حواسش به من باشه و من کس دیگه ای رو نداشتم...» (مرد ۷۲ ساله تحت دیالیز با سابقه رد پیوند). از سویی آموزش ناقص، تناقض اطلاعاتی، نداشتن مهارت، سبک زندگی نامناسب، باورهای زمینه ای فرد و اطرافیان و نگرش منفی جامعه از موانع فرهنگی و آموزشی بودند. بعضی از مشارکت کنندگان تعلل تیم درمان در توصیه های سلامتی یا توصیه ناکافی را دلیل عدم پابندی به مراقبت می دانستند. «قبلا اینا رو به ما نگفتن که عینک بزنیم و تو آفتاب نگردیم فقط گفتن که به آفتاب نگاه نکنم، حالا که چشمم آب مروارید آورده گفتن مال داروها و آفتابه. اگه می دونستم که سعی می کردم تو آفتاب نیام اصلاً» (مرد ۵۴ ساله با سابقه پیوند از ۵ سال قبل). خانم ۳۸ ساله ای با

سابقه پیوند از دو سال قبل نیز از تجربه خود چنین می گفت: «من دوچرخه سواری دوست دارم ولی آیا واقعا می شه با این وضع جامعه، چی بگم؟... یه زن دوچرخه سواری کنه، حتی بعضی اوقات قدم زدن و راه رفتن هم برا یه زن تنها سخته مخصوصا شب ها...» آقای ۴۰ ساله دارای سابقه پیوند از ۴ سال قبل نیز در مورد تجربیات ممانعت کننده از خودمدیریتی چنین بیان کرد: «بعضی وقتا هوا اینجا خیلی آلوده میشه همش دوده و گرد و خاک... ورزش نرم بهتره... وقتی آلوده باشه نمی رم وقتی هوا گرم باشه نمی رم». تمایلات فردی نیز از جمله موانع بودند. مشارکت کننده ای گفت: «گاهی وقتا خسته می شم. از رعایت رژیم خسته می شم. از مزه غذای رژیمی خسته می شم... رعایت نمی کنم...» (آقای ۲۸ ساله با پیوند از دو سال قبل). بعلاوه نتایج حاکی از دشواری و پیچیدگی خودمدیریتی بود. «بعضی وقتا دلم به حال خانوادم می سوزه که همش مجبورن برا من جداگونه غذا درست کنن. برا همین، بعضی وقتا همرنگ جماعت می شم و هرچی تو سفره باشه، می خورم» (مرد ۲۸ ساله با سابقه ۲ سال پیوند).

سازه "راهنمایی برای عمل" دربرگیرنده زیر طبقات "توصیه به انجام مراقبت" و "عملکرد کادر بیمارستان" به عنوان راهنمای خارجی و "مواجهه با چالش های قبل از پیوند" و "هشدار عینی" به عنوان راهنمای داخلی بود. «مادرم هر وقت که می خوام یه کاری رو انجام بدم که برام ضرر داره بهم می گه یادت رفته چه زجایی کشیدی؟ چقد برات گریه کردم؟...» (مرد ۳۳ ساله با سابقه ۹ ماه پیوند). زن ۶۱ ساله با سابقه ۳/۵ سال پیوند اینگونه اظهار داشت: «وقتی از بیمارستان مرخص شدم بهم گفتن و یه برگه هم دادن که رژیم غذایی رو رعایت کنم



داروهایم بخورم و چه موقع به مطب مراجعه کنم... منم همه این ها رو رعایت می کنم». بسیاری از جمله مشارکت کننده فوق، رسانه به ویژه پیام و برنامه های آموزشی صدا و سیما و ارتباط با همتایان در دنیای مجازی را به عنوان محرکی برای انجام رفتارهای خودمراقبتی خود درک کرده بودند. «وقتی که تلویزیون برنامه ای داشته باشه که در مورد کلیه باشه، در مورد داروها، دیابت و یا پیوند باشه می شینم نگاه می کنم و خوب به حرفهاشون گوش میدم... و عمل می کنم».

مشارکت کنندگان مواردی مانند وزن کردن روزانه در بخش، کنترل علائم حیاتی، محدودیت ملاقات در بخش، رعایت بهداشت، غذاهای رژیمی، انجام مشاوره و... را از الگوهای انجام و پابندی به خودمدیریتی می دانستند. مشارکت کننده ای در مورد مصرف مایعات و کنترل برون ده ادراری گفت: «می گفتن مایعات زیاد بخورم ولی به پیمانه هایی بود که ادرارمون رو هر روز تو اون جمع می کردیم و بررسی می کردن... حالا هم بعضی وقتا که من احساس کنم که ادرارم کمتر شده یا به مشکلی داشته باشم یا به ظرفی روزانه اندازه می گیرم...» (مرد ۴۹ ساله با سابقه پیوند از ۵ سال قبل). من مثل پرندۀ ای ام که از قفس آزاد شده، از قفس دیالیز رها شدم از درد و رنج و سختی دیالیز آزاد شدم طبیعیه که دیگه دوست نداشته باشم برگردم به اون دوران سخت... شاید این آزادی و این پیوند هم به محدودیت هایی و سختی و دردسر هایی داشته باشه ولی باز بهتر از دیالیزه همه تلاش و هدف من حفظ این پیوند و برنگشتن به دیالیزه» (زن ۳۸ ساله با سابقه پیوند از ۲ سال قبل). همچنین آقای مشارکت کننده ۶۲ ساله با سابقه پیوند از ۱۴ سال قبل چنین اظهار داشت: «وقتی چربی خونم بالا رفته باشه دارو مصرف می کنم و رژیم

می گیرم ولی وقتی آزمایش میدم و چربی خونم بالا نیست، دیگه نمی خورم در مورد داروهای قند هم همینطور». سازه "خودکارآمدی" دارای دو زیر طبقه "احساس توانمندی مطلوب" و "شکست در تداوم خودکارآمدی" بود. بعضی از مشارکت کنندگان به علت نهاده شدن مراقبت، محیط حمایت کننده و احساس مسئولیت در مراقبت، توانایی خود را جهت انجام رفتارهای خودمراقبتی مطلوب می دانستند. «اوایلش خیلی سخت بود مشکلات زیاد بود... بعدش که گذشت کم کم خودم یاد گرفتم الان دیگه خودم می دونم چه کارهایی بهتره انجام بدم و چه کارهایی انجام ندم» (مرد ۲۸ ساله با سابقه ۲ سال پیوند). برخی نیز با هدیه و امانت دانستن کلیه پیوندی، احساس مسئولیت و تعهد بیشتری نسبت به حفظ آن داشتند. «حس میکنم که این کلیه که تو بدن منه از بقیه اعضای خودم عزیزتره و مهمتره، مثل یه امانته... هدیه ای هس که باعث شده زندگی من شادتر و قشنگ تر بشه، هدیه ای که درد و سختی من رو کمتر کرده...» (مرد ۲۱ ساله با سابقه ۲ سال پیوند). از طرفی برخی مشارکت کنندگان دارای تجربه منفی کنترل مشکلات، احساس بی کفایتی، ناکارآمدی و ناتوانی برای غلبه بر مشکلات و جلوگیری از عوارض بعد از پیوند می کردند. «من هر چقدر هم رعایت کردم نتونستم جلوی مشکل قلبی رو بگیرم. چند بار عمل شدم نتونستم جلوی هیچ کدومش رو بگیرم. حالا کلیه بخواد پس بزنه، من چه کاری می تونم انجام بدم؟» (مرد ۵۴ ساله با سابقه ۴ سال پیوند).

بحث و نتیجه گیری

در این پژوهش تعیین کننده های خودمدیریتی در گیرندگان پیوند کلیه بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی طبق تجربیات مشارکت



کنندگان به تصویر کشیده شد. یافته های این پژوهش حاکی از تناسب و جامعیت شش سازه یا طبقه مدل اعتقاد بهداشتی در تبیین عوامل مؤثر بر خودمدیریتی گروه مزبور بود. اگرچه مطالعه ای در این خصوص در دریافت کنندگان پیوند یافت نشد، ولی همسو با این یافته، مطالعات کمی انجام شده در بیماران مبتلا به دیابت و نارسایی قلبی؛ به عنوان بیماری مزمن، مدل اعتقاد بهداشتی را چارچوب و ابزاری اثربخش برای پیش بینی و ارتقاء خودمراقبتی دانسته اند (۲۹-۲۷).

در پژوهش حاضر بیمارانی که احساس تهدید کنندگی شرایط و عوارض ناشی از بیماری می کردند یا خود را در معرض ابتلا به آن عوارض می دیدند، بیشتر مقید به رعایت توصیه های مراقبتی تیم پیوند بودند. به عبارتی اغلب شرکت کنندگان دائم نگران رد پیوند، برگشت به دیالیز و عوارض داروهای پیوند بودند. مطالعات دیگر نیز ترس از رد پیوند، عوارض دارویی و آینده مبهم را از مهم ترین نگرانی های گیرندگان پیوند کلیه و برانگیزاننده تبعیت از خودمدیریتی برشمرده اند (۳۱-۳۰). از سویی طبق یافته های مطالعه حاضر بعضی از شرکت کنندگان رابطه بین داروهای پیوند و عوارض جدی مثل بیماری قلبی-عروقی و سرطان را خوب درک نکرده و خودمدیریتی را جدی نمی گرفتند. این یافته ها همسو با یافته های مطالعات کیفی قبلی است (۳۳،۳۲،۱۹). در توجیه این یافته می توان چنین اظهار داشت معمولاً آگاهی و درک ارتباط بیماری با عوارض بالقوه به نوعی موجب می شود فرد خود را در معرض ابتلا احساس و با دقت و حساسیت بیشتر به اصول خود مدیریتی بیماری پایبند باشد. همسو با یافته های مطالعه حاضر، برخی مطالعات کمی حساسیت و شدت درک شده و برانگیزانندگی آن را پیش

گویی کننده تفاوت خود مراقبتی ذکر کرده اند (۳۵-۳۴). Glanz و همکاران (۲۰۰۸) در این زمینه معتقدند: «ترکیب دو عامل حساسیت و شدت درک شده، تهدید درک شده را شکل داده و انگیزه و نیرویی برای انجام رفتار فراهم می کند» (۳۶). از سویی یافته های این پژوهش همسو با نتایج سایر مطالعات حاکی از توجه شرکت کنندگان مطلع و دارای درک بالا از فواید خودمدیریتی است (۳۹-۳۷، ۲۱).

از طرفی مشارکت کنندگان موانع زیادی را بر سر راه فرآیند خودمدیریتی گیرندگان پیوند کلیه تجربه کردند. آن ها همسو با مطالعه Gan خودمدیریتی را متأثر از عوامل گوناگون فردی، فرهنگی، اجتماعی، خانوادگی و محیطی می دانستند (۴۰). محدودیت منابع و دسترسی برای خودمدیریتی نیز همسو با نتایج مطالعات قبلی در گیرندگان پیوند کلیه و سایر بیماری های مزمن از موانع محسوب می شد (۴۲،۴۱،۳۵،۱۷،۱۱). ولی برخلاف یافته مطالعه سبزمکان در باره کمبود وقت برای رعایت رژیم غذایی و نیز مطالعه Marsicano در زمینه عدم تبعیت از رژیم دارویی در گیرندگان پیوند کلیه دارای درآمد بالاتر بود (۴۳،۳۴). تجربه اکثر مشارکت کنندگان در این مطالعه همسو با نتایج مطالعه گوردون (۱۷) بیانگر سردرگمی، کمبود و تناقض اطلاعاتی آن ها در زمینه مراقبت بود. مطالعه ادارکات حرفه های مراقبت سلامتی نیز نگرش منفی، کمبود حمایت، عدم تبعیت، کمبود آگاهی و دیدگاه بیماران را از موانع خودمدیریتی پیوند کلیه ذکر کرد (۱).

یافته های مطالعه حاضر در زمینه راهنمای عمل برای خودمدیریتی همسو با نتایج دیگر مطالعات در زمینه تلاش گیرندگان پیوند کلیه برای ارتباط و تبادل اطلاعات با تیم پیوند



و دیگر همتایان برای مدیریت عدم قطعیت و ترس از رد پیوند بود (۳۰، ۴۴). در این راستا اگرچه اغلب بیماران، پزشک و پرستار را مهم ترین راهنمای عمل خود می دانستند، ولی برخی برنامه های رسانه و نیز پیام های رد و بدل شده در دنیای مجازی با همتایان را محرک خودمدیریتی می دانستند. این یافته همسو با نتایج مطالعه کیفی Dantu، قدمی و نیز سبزمکان (۳۴، ۳۰، ۱۳) و غیرهمسو با مطالعه رمضانی تهرانی بود (۴۵). بعلاوه طبق تجربیات مشارکت کنندگان این پژوهش همسو با مطالعه Lorenz در گیرندگان پیوند کلیه و مطالعه موید در گیرندگان پیوند کبد تغییر در آزمایشات، مشاهده علائم مشکلات جسمی و ابتلا به عوارض بعد از پیوند به عنوان راهنمای درونی برای خودمدیریتی بود (۱۱).

بعضی از دریافت کنندگان پیوند کلیه در این مطالعه به توانایی خود نسبت به انجام رفتار خودمراقبتی تا حدودی اطمینان داشتند. این مفهوم اشاره به خودکارآمدی دارد. احساس خودکارآمدی پیش نیاز مهمی برای تغییر رفتار است (۴۶). ارتباط خودکارآمدی با شروع، بهبود و حفظ رفتارهای بهداشتی نیز در مطالعات کمی قبلی نشان داده شده است (۴۸، ۴۷، ۸). بعلاوه همسو با مطالعه Campbell توانا نمودن بیماران و تعامل با آن ها در خودمدیریتی نقش داشت (۴۹). Jamieson نیز در مطالعه خود نتیجه گرفتند به رغم تحمیل بار اضافی تبعیت، خودکارآمدی و مسئولیت پذیری اجتماعی از عوامل برانگیزاننده خودمدیریتی در این بیماران می باشند (۵۰). از سویی شرکت کنندگان در این مطالعه همسو با نتایج مطالعات قبلی، محیط حمایت کننده را از عوامل ارتقاء توان خودکارآمدی گزارش نمودند (۵۴-۵۱). شکست مشارکت کنندگان در

خودکارآمدی به واسطه خستگی همسو با مطالعه Brito است (۵۵). برخی مطالعات نیز همسو با مطالعه حاضر خودکارآمدی را در خودمدیریتی بی اثر دانستند (۵۷-۵۶). یافته های این مطالعه کیفی درک عمیقی از تعیین کننده های رفتار خودمدیریتی از دیدگاه گیرندگان پیوند کلیه و اعضای خانواده آن ها فراهم نمود. بدون شک اطلاع از این ادراکات می تواند در توسعه برنامه های آموزشی و بهبود تسهیلات خودمدیریتی در این دسته از بیماران مفید واقع شود. طبق یافته ها طبقات و سازه های مدل اعتقاد بهداشتی می تواند چارچوب مناسبی برای پیش بینی خودمدیریتی این دسته از مددجویان باشد. بعلاوه می توان مدل بهداشتی مذکور را برای انتخاب برنامه آموزشی مناسب ارتقاء دهنده خودمدیریتی بیماران دریافت کننده پیوند پیشنهاد نمود. به عبارتی با در نظر گرفتن نقش درک خطرات، تهدیدات و منافع درک شده در فعالیت خودمدیریتی، گیرندگان پیوند کلیه، می توان با آموزش خطرات احتمالی و فوائد شناخته شده به افزایش حساسیت و شدت درک شده و بالطبع دستیابی به سطح بالاتر خودمدیریتی این گروه از بیماران کمک نمود. از سویی توجه به موانع بسیار موجود در این مسیر نیز حائز اهمیت است. لذا پیشنهاد می شود با توجه به هزینه های زیاد پیوند، دست اندرکاران امر پیوند کلیه با رفع و به حداقل رساندن موانع شناخته شده مراقبت بعد از پیوند تا حد امکان و همچنین ارتقای خودکارآمدی، به افزایش خودمدیریتی بیماران کمک کنند. بعلاوه به نظر می رسد توجه تیم درمان به راهنمایی و بازخورد مناسب پیامدهای خودمدیریتی برای دستیابی به دستاوردهای درمانی بهتر مفید باشد. در این راستا نتایج بیانگر ضرورت توجه پزشکان و پرستاران تیم پیوند



با سایر همکاران پژوهشگر از محتوای صحبت‌ها وجود دارد. لذا برای تعمیم داده‌ها، توصیه می‌شود مطالعه مذکور در سایر مناطق کشور با فرهنگ‌های دیگر تکرار گردد.

تعارض منافع

هیچ گونه تعارض منافع بین نویسندگان وجود ندارد.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از شرکت کنندگان و مسئولین محترم دانشگاه علوم پزشکی یزد و یاسوج و کلیه کسانی که به نحوی در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند تشکر و قدردانی می‌نمایم.

به آموزش خودمدیریتی به بیماران با زبان ساده، قابل درک و هماهنگ بود. بدیهی است پرستاران می‌توانند با استفاده از این الگو برای بررسی نگرش، عقاید و ادراکات مددجویان در مورد سلامتی و بیماری نقش مؤثرتری در زمینه ارتقای خود مدیریتی گیرندگان پیوند کلیه ایفا کنند.

این مطالعه همانند سایر مطالعات کیفی، محدودیت در تعمیم پذیری یافته‌ها دارد. گویش اغلب مشارکت کنندگان گر بود. گرچه هم زبانی پژوهشگر گردآوری کننده داده‌ها با مشارکت کنندگان نقطه قوت مطالعه بود، ولی احتمال تفاوت برداشت وی

References

- 1-Ndemera H, Bhengu B. Perceptions of healthcare professionals regarding self-management by kidney transplant recipients in South Africa: A qualitative study. *International Journal of Africa Nursing Sciences*.2018; 8(9):120.
- 2-Been-Dahmen JMJ, Beck DK, Peeters MAC, Stege H, Tielen M, Buren MC, et al. Evaluating the feasibility of a nurse-led self-management support intervention for kidney transplant recipients: a pilot study. *BMC Nephrology*.2019; 20:143.
- 3-Rahimi MM, Taghizadeh-Afshar A, Alizadeh M, Jafarzadeh Kohneloo A, Valizadeh R, Zakeri R, et al. Prevalence, causes, and complications of acute kidney transplant rejection: survey in a single center. *Internal Medicine and Medical Investigation*.2017;2(4):42-139.
- 4-Collins AJ, Foley RN, Chavers B, Gilbertson D, Herzog C, Johansen K, et al. 'United States Renal Data System 2011 Annual Data Report: Atlas of chronic kidney disease & end-stage renal disease in the United States. *American journal of kidney diseases: the official journal of the National Kidney Foundation*. 2012; 59(1):1-7
- 5-Nce behaviors and some related factors in kidney transplant recipients. . *Iranian J Nursing Midwifery Res*.2017;(97):101-22.
- 6-Larsen PD. *Chronic illness*: Jones & Bartlett Learning;2009.
- 7-Kosaka S, Tanaka M, Sakai T, Tomikawa S, Yoshida K, Chikaraishi T, et al. Development of Self-Management Scale for Kidney Transplant Recipients, Including Management of Post-Transplantation Chronic Kidney Disease. *ISRN Transplantation*.2013.



- 8-Weng LC, Dai YT, Huang HL, Chiang YJ. Self-efficacy, self-care behaviours and quality of life of kidney transplant recipients. *Journal of advanced nursing*.2010;66(4): 828-38.
- 9-Kessels RP. Patients memory for medical information .*Journal of the Royal Society of Medicine*.2003;96(5):22-219.
- 10-Davis LA, Chesbro SB. Integrating health promotion, patient education, and adult education principles with the older adult: a perspective for rehabilitation professionals. *Journal of allied health*. 2003;32(2):9-106.
- 11-Lorenz EC, Egginton JS, Stegall MD, Cheville AL, Heilman RL, Nair SS, et al. Patient experience after kidney transplant: a conceptual framework of treatment burden. *Journal of Patient-Reported Outcomes*.2019;(8)3.
- 12-Rosoa CC, Kruse MHL. Life on Facebook: self-care in renal transplantation patients. *Revista Gaúcha de Enfermagem*.2017;(2)38.
- 13-Dantu R, Mahapatra R, Wang J. Assessing the Effectiveness of Mobile Technologies for Diabetes Self-Management. *Twenty-second American Conference on Information Systems*; San Diego.2016
- 14-Gheith OA, EL-Saadany SA, Abuo Donia SA, Salem YM. Compliance of kidney transplant patients to the recommended lifestyle behaviours: single centre experience. *International journal of nursing practice*.2008;14(5):398-407.
- 15-Kobus G, Małyszko J, Małyszko J, Puza E, Bachorzewska-Gajewska H, Myśliwiec M, editors. Compliance with lifestyle recommendations in kidney allograft recipients. *Transplantation proceedings*; 2011: Elsevier.
- 16-Hucker A, Bunn F, Carpenter L, Lawrence C, Farrington K, Sharma S. Non-adherence to immunosuppressants following renal transplantation: a protocol for a systematic review. *BMJ Open*. 2017;7(9).
- 17-Gordon EJ, Prohaska TR, Gallant M, Siminoff LA. Self-care strategies and barriers among kidney transplant recipients: a qualitative study. *Chronic illness*. 2009;5(2):91-75.
- 18-Aghamollaei T, Eftekhari H, Mohammad K. Health belief model application in change behaviour in the diabetic patients. *Payesh*. 2005;4(16):9-263.[Persian]



- 19-Skiveren J, Mortensen E, Haedersdal M. Sun protective behaviour in renal transplant recipients. A qualitative study based on individual interviews and the Health Belief Model. *J Dermatolog Treat*. 2010;21(6):6-331.
- 20-Saffari M, et.al. Theories, models and methods of health education and health promotion. Tehran: Sobhan Pub2012. [Persian]
- 21-BaghianiMoghadam MH, Taheri G, Fallahzadeh H, Parsa M. The effects of instructional designed SMS based on Health Belief Model(HBM) on adaption of self care behavior of patients with type II diabetes. *Modern care, scientific quarterly of Birjand nursing and midwifery faculty*. 2014;11(1):8-10. [Persian]
- 22-Mansoorian Y. Researchers' hopes and doubts about the qualitative approach in the research process. *ketabmah-koliat Monthly*. 2009;3(147):.5-60. [Persian]
- 23-Ghaedi MR, Golshani AR. Content Analysis Model,From quantitative to qualitative. *Psychiatric Methods and Models*. 2016;7(23):-57-82. [Persian]
- 24-Hsieh H-F, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative health research*.2005;15(9):77-88.
- 25-Mayring P. Qualitative Content Analysis Forum: Qualitative Social Research. 2000;1(2).
- 26 -Roberts P, Priest H, Traynor M. Reliability and validity in research. *Nursing standard*. 2006;20(44):5-41.
- 27-jadgal K, Zareban I, Alizadeh-Siuki H, Izadirad H. The Impact of Educational Intervention Based on Health Belief Model on Promoting Self-Care Behaviors in Patients with Smear-Positive Pulmonary TB. *Iran J Health Educ Health Promot*. 2014;2(2):.52-143. [Persian]
- 28-Dehghani-Tafti A, Mazloomi-Mahmoodabad S, Morowatisharifabad M, Afkhami-Ardakani M.Rezaeipandari H, Lotfi M. Determinants of Self-Care in Diabetic Patients Based on Health Belief Model. *Glob J Health Sci*2015;(7):33-42
- 29-Karimy M, Araban M, Zareban I, Taher M, Abedi A. Determinants of adherence to self-care behavior among women with type diabetes: an explanation based on health belief model. *Med J Islam Repub Iran*. 2016;16(30):.368
- 30-Ghadami A, Memarian R ,Mohammadi E. A qualitative study of hemodialysis as a grueling experience versus kidney transplantation as a rebirth. *Arak Medical University Journal*. 2012;15(4):47-62.



- 31-Rayyani M, Salsali M, Abbaszadeh A. Coping strategies in renal transplants recipients: A qualitative study. *J Qual Res Health Sci*. 2013;2(3):20-208.[Persian]
- 32-Ballesteros F, Allard J, Durand C, Cardinal H, Lalonde L, Fortin MC. Kidney Transplant Recipients' Perspectives on Cardiovascular Disease and Related Risk Factors After Transplantation:A Qualitative Study. *Transplantation Direct*. 2017;3(6):162 .
- 33-Szepietowski JC, Reich A, Nowicka D, Weglowska J, Szepietowski T. Sun protection in renal transplant recipients: urgent need for education. . *Dermatology*.2005;(5):93-211.
- 34-Sabzmakan L, Mazloomi- mahmoodabad S, Morowatisharifabad M, Mohammadi E, Naseri M, Mirzaieae M, et al. Patients, Experiences with Cardiovascular Disease Risk Factors and Healthcare Providers of Determinants of the Nutritional Behavior: A Qualitative Directed Content Analysis. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism*. 2013;15(3):302-292. [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]
- 36-Glanz K, Rimer BK, Viswanth K. Health behavior and health education: theory, research, and practice. New York: John Wiley & Sons; 2008
- 37-Flynn S, Ameling J, Hill-Briggs F, Wolff J, Bone L, Levine D, et al. Facilitators and barriers to hypertension self-management in urban African Americans. *Patient Prefer Adherence*. 2013;(9):741.
- 38-Salsali M, Abbaszadeh A. Coping strategies in renal transplants recipients: A qualitative study. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences*. 2013;2(3): 20-208.
- 39-Pawlak R, Colby S. Benefits, barriers, self-efficacy and knowledge regarding healthy foods; perception of African Americans living in eastern North Carolina. *Nutrition Research and Practice*. 2009; 63-3:56.
- 40-Gan KSP, Lim SK ,Rampal S, Su TT. A qualitative examination of barriers and solutions to renal transplantation in Malaysia: Key-informants' perspective. *PLoS ONE*. 2019;14(8): 220- 411
- 41-Ghaffari A. Seminar of kidney transplantation report. *Mohandesi Pezeshki*. 2008;6(.73):(65
- 42-Ersin F, Bahar Z. Barriers and facilitating factors perceived in Turkish women's behaviors towards early cervical cancer detection: a qualitative approach. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2013;14(9):82-97 .



- 43-Marsicano EO, Fernandes NS, Colugnati FA, Fernandes NM, De geest S, Sandera-pinheiro H. Multilevel Correlates of Non-Adherence in Kidney Transplant Patients Benefitting from Full Cost Coverage for Immunosuppressives: A Cross-Sectional Study. . PLoS One. 2015;.10
- 44-Tang JW, Foster KE, Pumarino J, Ackermann RT, Peaceman AM, Cameron KA. Perspectives on prevention of type ۲ diabetes after gestational diabetes: a qualitative study of Hispanic, African-American and White women. . Matern Child Health J. 2015;34-19:1526
- 45-RamazaniTehrani F, Farahmand M, Amiri P, Ghanbarian A, Azizi F. Health nutrition barriers Iranians, men view point. Payesh. 2012;11(5):35-725. [Persian]
- 46-Shaw JE, Sicree RA, Zimmet PZ. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010and 2030Diabetes research and clinical practice. 2010;14-87:4.
- 47-Morowaty- Sharifabad M, Rouhani-Tonekaboni N. Perceived Severity and Susceptibility of Diabetes Complications and its Relation to Self-care Behaviors among Diabetic Patients . Armaghane danesh. 2007;12(3):59-68. [Persian]
- 48-Mazloomi SS, Mirzaieae M, AfkhamiArdakani M, BaghianiMoghadam MH, Fallahzadeh H. Role of Health belief in protection behaviours in high risk DM patients. Yazd Journal. 2009;18(1):24-31. [Persian]
- 49-Campbell M, Beardsley R ,Shaya F, Pradel F. Self-Efficacy, Health Literacy And Adherence To Self-Care Behaviors In Kidney Transplant Recipients. Value in Health. 2015;18(3):.188
- 50-Jamieson N, Hanson C, Josephson M, Gordon E, Craig J, Halleck F, et al. Motivations, Challenges ,and Attitudes to Self-management in Kidney Transplant Recipients: A Systematic Review of Qualitative Studies. Am J Kidney Dis. 2016;67(3):.78-461
- 51-Tong A, Howell M, Wong G, Webster AC, Howard K, Craig J. The perspectives of kidney transplant recipients on medicine taking: a systematic review of qualitative studies Nephrology Dialysis Transplantation. 2011;26(1):54-344
- 52-Goetz K, Szecsenyi J, Campbell S, Rosemann T, Rueter G, Raum E, et al. The importance of social support for people with type ۲ diabetes2-a qualitative study with general practitioners, practice nurses and patients. . Psychosoc Med. 2012;9-9:1
- 53-Nielsen MT, Frøjk JM, Feldt-Rasmussen B, Thomsen T. Adherence to medication in patients with chronic kidney disease: a systematic review of qualitative research Clin Kidney J. 2018;11(4):.27-513



- 54-Alizadeh Z, Ashktorab T, Nikravan- Mofrad M, Zayeri F. Correlation between perceived social support and self-care behaviors among patients with heart failure. JHPM. 2014;3(1):27-34. [Persian]
- 55-Brito DCS, Paula AM, Grincenkov FRS, Lucchetti G, Sanders-Pinheiro H. Analysis of the changes and difficulties arising from kidney transplantation: a qualitative study. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2015;(3)23.
- 56-Chlebowy DO, Garvin BJ. Social support, self-efficacy, and outcome expectations impact on self-care behaviors and glycemic control in Caucasian and African American adults with type 2 diabetes. . The Diabetes Educator. 2006;86-32:777.
- 57-Gilbrand R, Stevenson J. The extended health belief model applied to the experience of diabetes in young people. British journal of health psychology. 2006;69-11:155.