

## تجارب روحی - روانی دریافت کنندگان پیوند قلب

حیدرعلی عابدی<sup>۱</sup>، شریفه منعمیان<sup>۲</sup>، سیدعلی ناجی<sup>۳</sup>

### چکیده

**مقدمه:** پیوند قلب یکی از منحصر به فردترین انواع پیوند عضو می‌باشد. جنبه‌های روحی - روانی پیوند قلب از مسایل مهم تأثیرگذار بر کیفیت زندگی و میزان بقای بیماران بوده است. این پژوهش با هدف توصیف تجارب روحی - روانی دریافت کنندگان پیوند قلب انجام شده است.

**روش:** در این پژوهش کیفی از رویکرد پدیدارشناسی استفاده شده است. شرکت کنندگان از میان دریافت کنندگان پیوند قلب انتخاب شدند و مورد مطالعه قرار گرفتند. نمونه‌گیری مبتنی بر هدف بود که با ۹ شرکت کننده انجام گرفت. داده‌ها از طریق مصاحبه عمیق و بدون ساختار با شرکت کنندگان جمع‌آوری گردید. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها پژوهش‌گران از روش Colaizzi استفاده نمودند.

**یافته‌ها:** پس از تجزیه و تحلیل متن مصاحبه‌ها، ۳ مفهوم آرامش، افسردگی و ناامیدی از آن‌ها استخراج گردید.

**نتیجه‌گیری:** نتایج پژوهش حاضر نمایان‌گر این مطلب بود که بیماران طیف وسیعی از مشکلات را در ابعاد مختلف روحی - روانی نشان می‌دهند. در ارایه مراقبت به هر بیمار، او به عنوان یک مددجوی منحصر به فرد در نظر گرفته می‌شود. لذا در کنار توجه و رسیدگی به نیازهای جسمی این بیماران، مشکلات روحی - روانی آنان نیز باید مورد توجه قرار گیرد. آگاهی از این تجارب به تیم مراقبت کننده از بیماران کمک می‌نماید تا با آگاهی‌های لازم، مراقبت‌ها و آموزش‌های مورد نیاز در جهت افزایش کیفیت زندگی بیماران و میزان بقای آن‌ها را ارایه نمایند و در صورت لزوم از مشاوره‌های روان‌شناسی و روان‌پزشکی جهت تسهیل فرایند درمان استفاده کنند.

**کلید واژه‌ها:** تجارب روحی، تجارب روانی، پیوند قلب، پدیدارشناسی.

تاریخ دریافت: ۹۰/۷/۱۰

تاریخ پذیرش: ۹۰/۹/۱۵

**ارجاع:** حیدرعلی عابدی، شریفه منعمیان، سیدعلی ناجی. تجارب روحی - روانی دریافت کنندگان پیوند قلب. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۱؛ ۱ (۱): ۵۸-۵۲.

### مقدمه

پیشرفت‌های ایجاد شده در جهان پزشکی باعث شده است تا بسیاری از افرادی که از نارسایی عضو رنج می‌برند و در انتظار مرگ هستند، به پیوند عضو امیدوار شوند. همین امر میزان تقاضا برای پیوند عضو را افزایش داده است. در سال ۱۹۳۵ اولین پیوند عضو در جهان انجام شد و پیشرفت‌ها ادامه پیدا کرد تا جایی که بشر توانست در سال ۱۹۶۷ با انجام اولین پیوند قلب موفقیت‌آمیز بر روی انسان تحولی عظیم در زمینه پیوند اعضا ایجاد کند (۱). از آن زمان تا کنون بسیاری از بیمارانی که از بیماری قلبی در مراحل انتهایی رنج می‌بردند به زندگی مجدد امیدوار شدند و پیوند قلب به

عنوان انتخاب درمانی مهم و آخرین راه درمانی برای این بیماران تبدیل شده است (۲). اما در بحث پیوند قلب، چالش‌های متعددی از جمله در دسترس نبودن قلب اهدایی ظاهر شده است که همین امر باعث طولانی شدن زمان انتظار بیماران می‌گردد؛ به طوری که سالانه در ایالات متحده فقط حدود ۳۵ درصد از بیماران لیست انتظار تحت عمل جراحی پیوند قلب قرار می‌گیرند و تقریباً ۲۰ تا ۳۰ درصد از بیماران قبل از این که قلب اهدایی یافت شود، جان خود را از دست می‌دهند و بقیه موارد همچنان در انتظار باقی می‌مانند (۳). پس از پیوند نیز دریافت کنندگان با مسایل متعددی از جمله رد پیوند روبرو می‌شوند که می‌تواند بر سلامتی پس از پیوند تأثیرگذار باشد (۴).

<sup>۱</sup> دانشیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خوراسگان، اصفهان، ایران

<sup>۲</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خوراسگان، اصفهان، ایران

<sup>۳</sup> دکتر و عضو هیأت علمی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خوراسگان، اصفهان، ایران

تجربیات زندگی جوهره‌هایی وجود دارند که قابل فهم و بررسی هستند، از این رو به بررسی پدیده‌های ذهنی می‌پردازند که جوهره اساسی واقعیات در آن نهفته است (۱۰).

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران بود که عمل پیوند قلب را انجام داده بودند. نمونه‌گیری با روش مبتنی بر هدف بود و از بین بیمارانی که پیوند قلب انجام داده بودند، علاقه‌مند و داوطلب به شرکت در پژوهش و هوشیار بودند و به علاوه توانایی بیان تجربیات خود را داشتند، انجام شد. در صورتی که بیماران از ادامه همکاری و شرکت در پژوهش منصرف می‌شدند، از پژوهش خارج می‌گردیدند.

جمع‌آوری اطلاعات با روش مصاحبه عمیق و بدون ساختار انجام شد. اشباع اطلاعات با ۹ نفر شرکت کننده در محدوده سنی ۲۴ تا ۵۸ سال حاصل شد. پس از انتخاب شرکت کنندگان، توضیحات در زمینه ماهیت و اهداف پژوهش به آن‌ها داده شد و رضایت کامل آن‌ها در زمینه همکاری و شرکت در پژوهش جلب گردید. مصاحبه‌های عمیق و بدون ساختار توسط یکی از پژوهش‌گران در محل سکونت شرکت کنندگان انجام گردید. سؤال محوری این گونه مطرح می‌شد که "چه مسائلی روحی- روانی را از زمانی که متوجه شدید به پیوند قلب نیاز دارید تا زمان حال تجربه کرده‌اید؟".

قبل از شروع مصاحبه، از شرکت کنندگان برای ضبط مصاحبه‌ها اجازه گرفته شد و در مورد محرمانه بودن اطلاعات به آنان اطمینان داده شد. مدت زمان مصاحبه‌ها از ۴۰ تا ۶۰ دقیقه بر اساس حوصله و تحمل شرکت کنندگان متغیر بود. سپس محتوای مصاحبه‌ها پس از چند بار گوش دادن توسط محقق بر روی کاغذ پیاده گردید و بار دیگر با اطلاعات ضبط شده مطابقت داده شد. برای تحلیل داده‌ها از روش Colaizzi استفاده گردید. روایی و پایایی مطالعه، ریشه در چهار محور ارزش واقعی، کاربردی بودن، تداوم و مبتنی بر واقعیت بودن داشت (۹). ارزش واقعی به این معنی است که بیانیه حاصل از تجربه برای فردی که آن را به صورت واقعی تجربه کرده است، قابل قبول باشد. در این پژوهش با مراجعه به شرکت کنندگان و به تأیید رساندن بیانیه‌های حاصل، این امر محقق گشت.

کاربردی بودن یا قابلیت اجرا به این معنی می‌باشد که آیا نتایج در مورد مکان‌ها یا گروه‌های دیگر قابل به کار بستن می‌باشد؟ در این مورد نیز پژوهش‌گران سعی کردند، شرکت کنندگان را از نظر سنی و سوابق فرهنگی به نسبت گسترده انتخاب کنند تا به این هدف دست یابند. ثبات هنگامی کسب شد که شرکت کنندگان

یکی از مسائلی قابل توجه که بیماران در طی دوران انتظار و همچنین پس از دریافت پیوند قلب با آن روبرو هستند، جنبه‌های روانی پیوند قلب می‌باشد. چنانچه یافته‌های مطالعه‌ای نشان داد که سطح استرس‌های فردی و اختلالات روانی پس از پیوند قلب افزایش می‌یابد و باعث تأثیر منفی بر کیفیت زندگی بیماران پس از پیوند می‌گردد (۵). در مطالعه دیگر مشخص شد که امکان ایجاد حملات هیجانی و اضطرابی در بیماران در طی دوران انتظار به دلیل این که ممکن است نتوانند در طی این دوران زنده بمانند بسیار زیاد است (۶).

شرایط بحرانی که به واسطه بیماری قلبی مراحل انتهایی برای بیمار پیش می‌آید، بعد از پیوند حل می‌شود و یک مبارزه جدید برای سازگاری با شرایط پس از پیوند آغاز می‌گردد. بیماران با مسائلی و مشکلات جدیدی روبرو می‌شوند؛ به طوری که بسیاری از بیماران و خانواده‌های آنان به طور غیر واقع‌گرایانه‌ای انتظار دارند که با انجام عمل پیوند قلب تمام مشکلات زندگی حل شود و بیمار به زندگی عادی خود برگردد. اما باید بیان نمود که مشکلات قلبی برطرف خواهند شد، ولی اغلب مشکلات جدیدی از جمله اضطراب و افسردگی به دنبال فرایند پیوند ظاهر خواهد شد (۷).

تجارب روحی- روانی این بیماران از پیوند ناشناخته است. درک تجارب انسانی، بصیرت و دانش انسان‌ها را افزایش می‌دهد و باعث می‌شود که فرد قادر باشد دنیا را مانند کسانی که تجاربشان تحت بررسی است، ببیند. اهمیت درک این تجارب به اندازه‌ای است که بیان نمودن تجربیاتی که از کار با بیمار به دست آمده است، به تولید علم و دانش پرستاری منجر خواهد شد (۸). آگاهی از تجارب روحی- روانی این بیماران به پرستاران کمک می‌کند تا نگرانی‌های واقعی آنان را درک کنند و در بهبودی علائم، کیفیت زندگی بیماران، آموزش بیماران و خانواده‌های آنان استفاده کنند. بنابراین هدف پژوهش‌گران این مطالعه شناخت و توصیف تجارب روحی- روانی دریافت کنندگان پیوند قلب بود.

## روش

این پژوهش به روش کیفی انجام گرفته است. پژوهش کیفی یک روش سیستماتیک و ذهنی است که به منظور توصیف تجارب زندگی و درک معانی آن به اجرا در می‌آید (۹). به نوشته Polit و Beck، فنومنولوژی (پدیدارشناسی) به بررسی تجربیات انسان‌ها می‌پردازد. محقق فنومنولوژیست معتقد است که در پدیده‌ها و

کنم، به خاطر همین بعضی وقتا تنها چیزی که می‌خواستیم به کمی آرامش بود تا بتونم آرام بگیرم بدون دغدغه ...».

**افسردگی:** افسردگی و علائم مربوط به آن همچون گوشه‌گیری، از دست دادن روحیه و گریه کردن از تجارب تمامی شرکت کنندگان در مطالعه بود. شدت علائم تجربه شده در برخی بیماران در حدی بود که آن‌ها نیاز به مشاوره و مراجعه به روان‌شناسان را در خود مشاهده کردند. نمونه‌ای از اظهارات شرکت کنندگان بیان‌گر وجود افسردگی بود؛ به طوری که شرکت کننده شماره ۳ اظهار نمود: «... حوصله حرف زدن با کسی رو ندارم. تحمل همسایه‌ها و حرف‌های آن‌ها رو هم ندارم. قبلاً با هم رفت و اومد داشتیم، حرف می‌زدیم و درد و دل می‌کردیم، ولی از وقتی مریض شدم حوصله کسی یا کاری رو ندارم. خیلی کم حرف شدم بقیه هم بهم می‌گن ...».

شرکت کننده شماره ۶ نیز حالت افسردگی را به صورت زیر توصیف نمود: «... تو مدتی که منتظر پیدا شدن قلب بودم، روحیه‌ام را به کلی از دست داده بودم. دیگه نمی‌تونستم ادامه بدم، یعنی از لحاظ روحی کم آورده بودم. کارم شده بود گریه کردن، یعنی به جورایی افسرده شده بودم ...».

شرکت کننده شماره ۴ نیز بیان داشت: «... کارم شده گریه و زاری، حال و حوصله هم ندارم. این دفعه به دکتر گفتم قرص اعصاب بهم داد و گفت برم مشاوره، البته خیلی وقته که حس می‌کنم به مشاوره نیاز دارم ...».

**ناامیدی:** اکثر بیماران تحت پیوند قلب بیان کردند که ناامیدی مسأله‌ای بوده است که از ابتدا با آن روبرو بوده‌اند. ناامیدی باعث از دست دادن روحیه آن‌ها جهت مبارزه با مشکلات شده است. بیماران تحت پیوند قلب به دلیل اهمیت حیاتی قلب و احساس از دست دادن یک عضو اساسی، دچار ناامیدی می‌شوند. شرکت کننده شماره ۷ ناامیدی خود را به صورت زیر بیان نمود: «... تا وقتی نتیجه آزمایشاتم خوبه منم خوبم ولی به محض این که کوچک‌ترین مشکل یا تغییری تو نتیجه آزمایشاتم پیش می‌آید، دوباره ناامید می‌شم. دست خودم نیست، میگم دیدی آخرش فایده نداره هر چی سختی کشیدم نتیجه نداشت ...».

### نتیجه‌گیری

اگر چه پیوند قلب درمانی است که باعث افزایش امید به زندگی و کیفیت زندگی بیماران با نارسایی قلبی در مراحل انتهایی می‌گردد،

پاسخ‌های نامتناقض و همسانی به سؤالات مشابه که در قالب‌های مختلف مطرح شده بود، آرایه می‌دادند. مبتنی بر واقعیت بودن پژوهش نیز بدین طریق حاصل می‌شود که فرایند پژوهش خالی از هر گونه تعصب باشد و پژوهش‌گران در طی مطالعه سعی کردند هر گونه تعصب در مورد پدیده مورد پژوهش را قبل و هم پس از مصاحبه‌ها از خود دور سازند.

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها در ابتدا به اطلاعات ضبط شده چندین بار به دقت گوش داده شد و مصاحبه‌ها کلمه به کلمه روی کاغذ پیاده گردید. تمام مطالب به دقت خوانده شد و عبارات مهم استخراج گردید. در مرحله بعد عبارات مهم مشخص شد و معنای هر عبارت توضیح داده شد. کدهای حاصل از تحلیل اولیه هر مصاحبه به صورت جداگانه یادداشت گردید و به صورت دسته‌هایی سازمان‌دهی شدند و کدهای مختلف برای تشکیل دسته‌های کلی‌تر در هم ادغام گردیدند. در مرحله بعد، نتایج به صورت توصیف کاملی از پدیده مورد مطالعه با هم ترکیب گشت و برای دستیابی به مفاهیم واضح بازنگری شد؛ به طوری که علاوه بر داشتن حالت انتزاعی، کاملاً گویا باشند تا مطالعه کنندگان با دانش موجود بتوانند به مفاهیم حاصل از مطالعه احاطه یابند.

### یافته‌ها

داده‌های به دست آمده از تجزیه و تحلیل مصاحبه‌ها پیرامون تجارب روحی- روانی شرکت کنندگان پیوند قلب شامل ۳ مفهوم آرامش، افسردگی و ناامیدی بود.

**آرامش:** یکی از نیازهای دریافت کنندگان قلب طبق تجارب آن‌ها نیاز به آرامش بود و اغلب آن‌ها نیاز به آرامش روحی را در این دوران بیان کردند. آن‌ها از مشکلات و استرس‌های فراوان خسته شده بودند و نیاز به آرامش را پس از طی مراحل پر فراز و نشیب پیوند بسیار مهم و ضروری می‌دانستند. شرکت کننده شماره ۵ در این زمینه بیان کرد: «... دیگه از این همه مشکلات خسته شدم. فقط می‌خواستیم تمام بشه تا بتونم شب راحت بخوابم، آرام بخوابم و بیدار شم و اضطراب چیزی را نداشته باشم ...».

همچنین شرکت کننده شماره ۹ نیز در مورد نیاز به آرامش اظهار داشته است: «... دوران سختیه، با مشکلات و مسایلی مختلفی روبرو شدم. این قدر درگیر بودم که نمی‌دونستم باید چیکار

همین امر باعث افزایش آمار افسردگی در آنان می‌گردد. میزان شیوع تغییرات روحی- روانی در یک سال اول پس از پیوند قلب بالا می‌باشد (۱۷). Pudlo و همکاران میزان اختلالات روحی- روانی را در طول ۳ هفته اول پس از پیوند قلب مورد بررسی قرار دادند. آن‌ها نشان دادند که ۳۵/۶ درصد بیماران دچار اختلالات اضطرابی و دوره‌هایی از اضطراب و ۵۵/۱ درصد دچار دوره‌های افسردگی شدند و مشخص گردید که خطر وقوع افسردگی در طول ۳ هفته اول پس از پیوند قلب بسیار بالا می‌باشد (۱۸). پژوهش Havik و همکاران بر روی ۱۴۷ دریافت کننده پیوند قلب نشان داد که ۲۴/۵ درصد شرکت کنندگان علایم افسردگی را دارند. از این بین ۱۳/۶ درصد علایم افسردگی خفیف، ۶/۱ درصد علایم افسردگی متوسط و ۴/۸ درصد علایم افسردگی شدید را داشتند و افسردگی از عوامل پیش‌گویی کننده مرگ و میر پس از پیوند قلب می‌باشد (۱۹). یافته‌های مطالعه Evangelista و همکاران نیز نشان داد که سن بالا و جنس مؤنث با سطح پایین سلامت روحی و میزان بالای افسردگی ارتباط دارد (۲۰). به مرور زمان و پس از گذشت چندین سال از پیوند قلب میزان شیوع اختلالات روحی- روانی کاهش می‌یابد و پژوهش‌ها اشاره به شیوع کمتر علایم افسردگی در دریافت کنندگان پیوند قلب با بقای بالای ۱۰ سال نسبت به سال‌های ابتدایی پس از پیوند دارد (۲۱).

**نامیدی:** Burker و همکاران اظهار داشته‌اند که امیدواری پس از پیوند در ارتباط با استفاده از مکانیسم‌های سازگاری مؤثر می‌باشد. به علاوه اغلب دریافت کنندگان پس از پیوند دچار احساس ناامیدی گذرا می‌شوند (۲۲). بیماران این مطالعه نیز با مسأله ناامیدی روبرو بودند. Rybarczyk و همکاران نیز بیان داشته‌اند که برخی فاکتورها همچون بیکاری، کمبود فعالیت‌های جسمی، دریافت مستمری از کارافتادگی، سن پایین، تفریحات کم و رضایت پایین از حمایت عاطفی از عوامل ایجاد کننده افسردگی و ناامیدی در بیماران پس از پیوند قلب می‌باشند (۲۳). Evangelista و همکاران نیز اشاره نمودند که ناامیدی از تجربه‌های بیماران تحت پیوند قلب می‌باشد. طی پژوهشی که آن‌ها بر روی ۵۰ زن دریافت کننده پیوند قلب انجام دادند، مشخص نمودند که اغلب آن‌ها نمره سلامت روحی پایینی را دریافت کرده‌اند و همچنین احساس ناامیدی پس از پیوند را تجربه کرده‌اند. این احساس ناامیدی باعث کاهش کیفیت زندگی بیماران گشته است و تأثیر منفی بر خلق و خوی بیماران پس از

اما بیماران با مسایل روحی- روانی متعددی روبرو هستند که می‌تواند بر کیفیت زندگی آنان و حتی میزان بقای پس از پیوند تأثیرگذار باشد (۱۲، ۱۱). پژوهش‌های انجام شده نشان داده‌اند که دریافت کنندگان پیوند قلب تغییرات روحی- روانی فراوانی را در طی مراحل مختلف پیوند تجربه می‌کنند. پژوهش حاضر در صدد بررسی تجربیات روحی- روانی دریافت کنندگان پیوند قلب بوده است.

**آرامش:** از تجربیات مهم بیماران در این دوران، آرامش و نیاز به آن می‌باشد. در این زمینه نتایج پژوهش Bean نیز در همین راستا بوده است. او در مورد دریافت کنندگان پیوند عضو نشان داد که اکثر آنان کسب آرامش درونی را جهت ادامه زندگی بسیار مهم می‌دانند (۱۳).

**افسردگی:** نتایج مطالعات متعدد بیان‌گر وجود علایم افسردگی در این بیماران می‌باشد که خود می‌تواند به عنوان یک عامل خطر در بهبودی بیماران باشد. Bekelman و همکاران در مورد افسردگی و مشکلات روحی- روانی در این بیماران اظهار داشتند که این مسایل می‌تواند بر کیفیت زندگی بیماران و حتی میزان بقای پس از پیوند تأثیرگذار باشد (۱۲). Dew و همکاران نیز اظهار داشتند که بیشترین علامت روانی مشاهده شده در دریافت کنندگان پیوند قلب در دوران انتظار و یک سال اول بعد از پیوند، افسردگی می‌باشد (۵). همچنین تحقیقات Doering و همکاران (۱۴) و نیز Konstam و همکاران (۱۵) بیان‌گر این مطلب بود که وضعیت روانی- عاطفی منفی از جمله افسردگی و اضطراب در طی دوران انتظار، خطر مرگ و میر در این بیماران را افزایش می‌دهد و تأثیر منفی بر نتیجه بیماری دارد. یافته‌های حاصل از پژوهش Kato و همکاران بر روی ۱۱۵ بیمار در انتظار پیوند قلب نیز یافته‌های این پژوهش را مورد تأیید قرار می‌دهد؛ به طوری که وی نشان داد که ۲۳/۵ درصد بیماران تحت مطالعه دارای علایم افسردگی می‌باشند و بیمارانی که علایم افسردگی را دارا می‌باشند، میزان بالاتری از بستری شدن در بیمارستان و مرگ و میر را دارند (۱۶). Burker و همکاران افسردگی بیماران تحت پیوند قلب را نتیجه مکانیسم‌های سازگاری ناموفق می‌دانند و بیان نموده‌اند که یکی از موارد مهم جهت کنار آمدن با مسایل روحی- روانی پیوند قلب استفاده از مکانیسم‌های سازگاری مؤثر می‌باشد. در صورتی که طی مطالعات آنان مشخص شده است که بیماران در انتظار پیوند قلب اغلب از مکانیسم‌های سازگاری نامؤثر از جمله انکار استفاده می‌کنند که

مورد نیاز در جهت افزایش کیفیت زندگی بیماران و میزان بقای آنها را ارایه نمایند. نتایج این مطالعه بر اهمیت آموزش تیم مراقبتی-درمانی، در جهت شناساندن تأثیر مسایل و مشکلات روحی- روانی دریافت کنندگان پیوند قلب و لزوم بررسی و کشف ناشناخته‌های مراقبت و درمان در این بیماران تأکید دارد. همچنین نتایج این پژوهش نمایانگر نیاز بیماران به حمایت روانی و استفاده از مشاوره‌های روان‌شناسان می‌باشد.

### تشکر و قدردانی

پژوهش‌گران بر خود لازم می‌دانند که از کلیه شرکت کنندگان در پژوهش و معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان که کمال همکاری را نمودند، تشکر و قدردانی نمایند.

پیوند قلب داشته است (۲۴). یافته‌های پژوهش Karapolat و همکاران بر روی دریافت کنندگان پیوند قلب، نشان داد که بیمارانی که پس از پیوند قلب از یک برنامه منظم ورزشی پیروی می‌کنند، به طور چشم‌گیری بهبودی در عملکرد روحی- روانی پیدا می‌کنند و ورزش منظم سبب بهبود علائم اضطراب، افسردگی و ناامیدی در بیماران می‌گردد. به علاوه بیماران باید جهت داشتن یک برنامه منظم ورزشی به منظور کاهش علائم روحی- روانی تحت حمایت قرار گیرند (۲۵).

با توجه به نتایج به دست آمده، مشخص گردید که بسیاری از بیماران تغییرات روحی- روانی متعددی را در طی این دوران تجربه می‌کنند. آگاهی از این تجارب به تیم مراقبت کننده از بیماران کمک می‌نماید تا با آگاهی‌های لازم، مراقبت‌ها و آموزش‌های

### References

1. Kuruville J. Essentials of Critical Care Nursing. Delhi: Jaypee Brothers, Medical Publishers; 2007.
2. Gardner RS, Chong KS, Murday AJ, Morton JJ, McDonagh TA. N-terminal brain natriuretic peptide is predictive of death after cardiac transplantation. *Heart* 2006; 92(1): 121-3.
3. Osborn KS, Wraa CE, Watson AB. Medical-Surgical Nursing: Preparation for Practice. Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2010.
4. Ramakrishna H, Jaroszewski DE, Arabia FA. Adult cardiac transplantation: a review of perioperative management (part-II). *Ann Card Anaesth* 2009; 12(2): 155-65.
5. Dew MA, Kormos RL, DiMartini AF, Switzer GE, Schulberg HC, Roth LH, et al. Prevalence and Risk of Depression and Anxiety-Related Disorders During the First Three Years After Heart Transplantation. *Psychosomatics* 2001; 42(4): 300-13.
6. Smithers J. Rationales for developing a perioperative web-based resource: informatics in action. *AORN J* 2007; 86(2): 239-48.
7. Black JM, Hawks JH. Medical surgical nursing. 7<sup>th</sup> ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2005.
8. Khademi M. The experiences of hospitalized elderly patient's family caregivers [MS Thesis]. Isfahan: Isfahan University of Medical Sciences; 2004.
9. Burns N, Grove SK. The Practice of Nursing Research. 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia, PA: Mosby Saunders; 2006.
10. Polit D, Beck CT. Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice. 7<sup>th</sup> ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
11. Carlson KK. Advanced Critical Care Nursing. Philadelphia, PA: Sanders Elsevier; 2009.
12. Bekelman DB, Havranek EP, Becker DM, Kutner JS, Peterson PN, Wittstein IS, et al. Symptoms, depression, and quality of life in patients with heart failure. *J Card Fail* 2007; 13(8): 643-8.
13. Bean KB. An exploratory investigation of quality of life in adult liver transplant recipients. *Prog Transplant* 2005; 15(4): 392-6.
14. Doering LV, Dracup K, Caldwell MA, Moser DK, Erickson VS, Fonarow G, et al. Is coping style linked to emotional states in heart failure patients? *J Card Fail* 2004; 10(4): 344-9.
15. Konstam V, Moser DK, De Jong MJ. Depression and Anxiety in Heart Failure. *Journal of Cardiac Failure* 2005; 11(6): 455-63.
16. Kato N, Kinugawa K, Yao A, Hatano M, Shiga T, Kazuma K. Relationship of depressive symptoms with hospitalization and death in Japanese patients with heart failure. *J Card Fail* 2009; 15(10): 912-9.
17. Burker EJ, Evon DM, Marroquin LM, Finkel JB, Mill MR. Coping predicts depression and disability in heart transplant candidates. *J Psychosom Res* 2005; 59(4): 215-22.
18. Pudlo R, Piegza M, Zakliczynski M, Zembala M. The occurrence of mood and anxiety disorders in heart

- transplant recipients. *Transplant Proc* 2009; 41(8): 3214-8.
19. Havik OE, Sivertsen B, Relbo A, Hellesvik M, Grov I, Geiran O, et al. Depressive symptoms and all-cause mortality after heart transplantation. *Transplantation* 2007; 84(1): 97-103.
  20. Evangelista LS, Dracup K, Moser DK, Westlake C, Erickson V, Hamilton MA, et al. Two-year follow-up of quality of life in patients referred for heart transplant. *Heart Lung* 2005; 34(3): 187-93.
  21. Martinelli V, Fusar-Poli P, Emanuele E, Klersy C, Campana C, Barale F, et al. Getting old with a new heart: impact of age on depression and quality of life in long-term heart transplant recipients. *J Heart Lung Transplant* 2007; 26(5): 544-8.
  22. Burker EJ, Madan A, Evon D, Finkel JB, Mill MR. Educational level, coping, and psychological and physical aspects of quality of life in heart transplant candidates. *Clin Transplant* 2009; 23(2): 233-40.
  23. Rybarczyk B, Grady KL, Naftel DC. Emotional Adjustment 5 Years After Heart Transplant: A Multisite Study. *Rehabilitation Psychology* 2007; 52(2): 206-14.
  24. Evangelista LS, Doering LV, Dracup K, Vassilakis ME, Kobashigawa J. Hope, mood states and quality of life in female heart transplant recipients. *J Heart Lung Transplant* 2003; 22(6): 681-6.
  25. Karapolat H, Yagdi T, Zoghi M, Eyigor S, Engin C, Nalbantgil S, et al. Does pretransplantation etiology have any effect on exercise results in heart transplant patients? *Transplant Proc* 2010; 42(5): 1779-83.

## Spiritual-Psychological Experiences of Heart Transplant Recipients

Heidar Ali Abedi<sup>1</sup>, Sharifeh Monemiyan<sup>2</sup>, Seyed Ali Najji<sup>3</sup>

Received date: 2.10.2011

Accept date: 6.12.2011

### Abstract

**Introduction:** Heart transplantation is one of the unique types of organ transplantation. Spiritual-psychological aspects of heart transplantation affect quality of life and survival rates. This study described the spiritual-psychological experiences of heart transplant recipients.

**Method:** In a qualitative phenomenological study, purposive sampling was used to select 9 heart transplant recipients. Data was collected through in-depth and unstructured interviews. Data analysis was performed by Colaizzi's method.

**Results:** After the interviews, the transcriptions were analyzed and three concepts of peace, depression and despair were extracted.

**Conclusion:** The results of this study demonstrated that patients with a range of emotional problems showed different spiritual-psychological dimensions. While giving care to each patient, he needs to be considered as a unique individual. In addition to considering physical needs of patients, their spiritual-psychological problems should also be taken into account. Awareness of patients' experiences can help the care team to provide appropriate. The quality of life and survival rates of patients would thus be improved. Psychological and psychiatric counseling would also facilitate the healing process.

**Keywords:** Spiritual experience, Psychological experience, Heart transplant, Phenomenology.

**Citation:** Abedi HA, Monemiyan Sh, Najji SA. **Spiritual-Psychological Experiences of Heart Transplant Recipients.** Journal of Qualitative Research in Health Sciences 2012; 1(1): 52-58.

1. Associate Professor, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Khorasgan (Isfahan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran
2. MSc Students, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Khorasgan (Isfahan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran
3. PhD, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Khorasgan (Isfahan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

**Corresponding Author:** Heidar Ali Abedi PhD, Email: drabediedu@yahoo.com