

## Research Paper

# The Reasons for Refusing Kidney Transplantation Among Iranian Patients Undergoing Peritoneal Dialysis



Fateme Biabani<sup>1</sup>, Gholamhossein Mahmudirad<sup>1</sup>, Hadi Hassankhani<sup>2</sup>, \*Azad Rahmani<sup>2</sup>

1. Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran.

2. Department of Internal Surgery Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.



**Citation** Biabani F, Mahmudirad GH, Hassankhani H, Rahmani A. [The Reasons for Refusing Kidney Transplantation Among Iranian Patients Undergoing Peritoneal Dialysis (Persain)]. *Qom University of Medical Sciences Journal*. 2022; 16(5):378-389. <https://doi.org/10.32598/qums.16.5.2630.1>

 <https://doi.org/10.32598/qums.16.5.2630.1>



Received: 19 Apr 2022

Accepted: 5 Jul 2022

Available Online: 01 Aug 2022

### Keywords:

Kidney transplantation, Peritoneal dialysis, Qualitative study

## ABSTRACT

**Background and Objectives** Kidney transplantation is the safest way to treat chronic renal failure, but for many reasons many patients are reluctant to have a kidney transplant. Identifying these factors can facilitate the transplant process and improve the quality of life of patients undergoing dialysis. Therefore, this study aims to investigate the reasons for refusing kidney transplantation among Iranian patients undergoing peritoneal dialysis (PD).

**Methods** In this qualitative study, 18 patients with PD were selected from four provinces of Iran using a purposive sampling method. The data were collected by semi-structured interviews and the content were analyzed by a conventional content analysis.

**Results** Results led to the identification of three main categories: Difficult process, unacceptability of outcome, and familiarization with PD. According to patients, kidney transplantation is a long-term procedure that causes financial stress and physical and social problems and there is a risk of transplant rejection. On the other hand, patients were accustomed to performing PD and considered it a part of their life.

**Conclusion** Iranian patients undergoing PD have many reasons to refuse kidney transplantation. Full coverage of kidney transplants by the insurance organization, reduction of transplantation time, and provision of medical and psychological counseling can reduce these barriers to accepting kidney transplants by patients.

### \* Corresponding Author:

Azad Rahmani, PhD.

Address: Department of Internal Surgery Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

Tel: +98 (914) 7798041

E-Mail: azad.rahmani@yahoo.com

## Extended Abstract

### Introduction

**T**he end stage renal disease (ESRD) does not have a definitive cure, but three functional therapies are used which are hemodialysis, peritoneal dialysis (PD), and kidney transplantation. Hemodialysis is suitable for patients who have easy access to the hemodialysis department, have no vascular problems, and have desire to participate in the treatment. PD is a cost-effective home treatment whose therapeutic consequences are largely comparable to hemodialysis. The usage rate of PD by patients with ESRD is different. In Iran, about 4% of these patients use PD. This figure is about 6% in other Middle Eastern countries, 25% in European countries, and 40% in some developed countries with a government healthcare system, such as Canada, Finland, and the UK. In recent years, the highest rate of growth in the use of PD has been reported in Asian countries. However, PD has some complications, the most important of which are: cardiovascular/cerebrovascular problems, infection, and discontinuation of dialysis. In addition, the current procedure of PD limits the patients and causes decreased independence, financial stress, role change, change in self-concept and decreased self-esteem in the patients. Despite the advantages of kidney transplantation over two other methods, a significant percentage of patients with ESRD refuse kidney transplantation due to reasons such as getting used to the dialysis procedure. The results of a study showed that the quality of life of PD patients who do not wait for kidney transplant is poorer compared to the patients waiting for a transplant. Therefore, it is necessary to further investigate the reasons for the reluctance of dialysis patients to have kidney transplantation. Identifying these factors can facilitate the transplantation process and improve the quality of life of patients undergoing dialysis. Therefore, this study aims to investigate the reasons for not wanting a kidney transplant in Iranian patients undergoing PD.

### Methods

This qualitative survey study conducted in PD clinics located in four provinces of East Azerbaijan (East of Iran), South Khorasan (Northeast of Iran), Sistan and Baluchestan (Southeast of Iran) and Razavi Khorasan (Northwest of Iran). Participants were 18 patients who had undergone PD for in the last six months and were willing to participate in the study. The participants were selected using a purposive sampling method. Data were collected using open-ended, face-to-face and semi-structured interviews. First, one or two general questions were asked to reduce the participants' anx-

ety. Then, the main questions were asked including: What measures have you taken so far to perform a kidney transplant? What was the result of these measures? Why you have desire/not desire to have a kidney transplant? All interviews were recorded and transcribed. Data were analyzed using the conventional content analysis method described by Graneheim and Lundman (2004). The analysis included a floating reading of the content to identify semantic units (statements related to the experiences of PD patients), constructing the units of meaning, refining codes, and categorizing them based on similarities and differences.

### Results

Analysis of the interviews led to the extraction of three main categories of difficult process (long procedure of transplantation and financial stress), unacceptability of outcome (fear of transplant rejection, physical complications, and occupational-social problems), familiarization with PD (knowing the procedure and adaptation to daily life). Financial stress caused by the underlying disease and high costs of kidney transplantation was one of the important factors that led to the reluctance of patients to have a kidney transplant. In this regard, previous studies have also shown that the economic status is an important factor in the access of patients with chronic kidney failure to kidney transplant. Financial problems can discourage patients from undergoing kidney transplantation and want to continue dialysis. The price of a kidney transplant and the costs of transplantation are very high. Although some of these costs are covered by the insurance organizations, the patients have to pay a lot of expenses themselves. In addition, the long-term treatment of kidney failure and dialysis procedure and the related occupational problems cause most of the patients not to have suitable economic conditions and not be able to pay the costs.

### Discussion

The patients undergoing PD in Iran have many reasons for not wanting a kidney transplant. Full coverage of costs by the insurance organizations, reduction of transplantation time, and provision of medical and psychological counseling can reduce the barriers to accepting transplants by patients.

### Ethical Considerations

#### Compliance with ethical guidelines

The Regional Research Ethics Committee at [Tabriz University of Medical Sciences](#) approved the study (Code: TBZMED.REC.1399.814). All participants received verbal and written information about the study and informed written consent was obtained from all of them.

### **Funding**

The authors of this study consider it necessary to thank the financial support of the Research Vice-Chancellor of [Birjand University of Medical Sciences](#) for conducting the study.

### **Authors contributions**

Proposal writing, data collection and article writing: Fateme Biabani; Research proposal design, explanation of findings and participation in proposal development: Azad Rahmani; Data collection, participation in the explanation of findings; Gholamhossein Mahmoudi; Expressing the results and helping in drafting the proposal: Hadi Hasankhani.

### **Conflicts of interest**

The authors declare there are no conflicts of interest.

## مقاله پژوهشی

## تبیین تجارب بیماران دیالیز صفاقی نسبت به انجام پیوند کلیه

فاطمه بیابانی<sup>۱</sup>، غلامحسین محمودی‌راد<sup>۱</sup>، هادی حسخانی<sup>۲</sup>، آزاد رحمانی<sup>۲</sup>

۱. گروه پرستاری، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران.

۲. گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

Use your device to scan  
and read the article online**Citation** Biabani F, Mahmudirad GH, Hassankhani H, Rahmani A. [Explaining the Experiences of Peritoneal Dialysis Patients Regarding Kidney Transplantation (Persain)]. *Qom University of Medical Sciences Journal*. 2022; 16(5):?. <https://doi.org/10.32598/qums.16.5.2630.1>**doi** <https://doi.org/10.32598/qums.16.5.2630.1>

## چکیده

تاریخ دریافت: ۳۰ فروردین ۱۴۰۱

تاریخ پذیرش: ۱۴ تیر ۱۴۰۱

تاریخ انتشار: ۱۰ مرداد ۱۴۰۱

**زمینه و هدف:** پیوند کلیه مطمئن ترین درمان جایگزین برای نارسایی مزمن انتهایی کلیه است. با وجود این، بیماران تحت دیالیز ممکن است به دلایل مختلفی تمایل به انجام پیوند کلیه نداشته باشند. شناسایی علل عدم تمایل بیماران تحت دیالیز به پیوند کلیه می‌تواند سبب تسهیل فرایند پیوند و ارتقا کیفیت زندگی در این بیماران شود. بنابراین، هدف این مطالعه، تبیین دلایل بیماران ایرانی تحت دیالیز صفاقی با و بدون سابقه پیوند قبلی، برای عدم تمایل به انجام پیوند کلیه است.

**روش بررسی:** در این مطالعه کیفی، ۱۸ بیمار تحت دیالیز صفاقی ساکن در چهار استان ایران، مشارکت کردند. روش نمونه‌گیری از نوع هدفمند بود. داده‌ها با مصاحبه نیمه‌ساختار یافته انفرادی جمع‌آوری شد و با روش تحلیل محتوای مرسوم تحلیل شد.

**یافته‌ها:** تحلیل متن مصاحبه‌ها منجر به ظهور ۳ طبقه اصلی مسیر دشوار، پذیرفتنی نبودن مقصد و عادت به دیالیز صفاقی شد. رویه پیوند، رویه طولانی مدتی است که تنش اقتصادی، مشکلات جسمی و اجتماعی زیادی برای بیماران ایجاد می‌کند. از سوی دیگر، همواره خطر رد پیوند وجود دارد. همچنین، بیماران به انجام دیالیز صفاقی عادت کرده‌اند و آن را جزئی از زندگی روزمره خود می‌دانند.

**نتیجه‌گیری:** نتایج نشان داد بیماران تحت دیالیز صفاقی دلایل زیادی برای عدم تمایل به پیوند کلیه دارند. تحت پوشش قرار گرفتن کامل پیوند کلیه توسط بیمه‌ها، کاهش زمان پیوند و ارائه مشاوره‌های پزشکی و روان‌شناختی می‌تواند سبب کاهش این موانع برای قبول پیوند کلیه از طرف این بیماران شود.

## کلیدواژه‌ها:

پیوند کلیه، دیالیز صفاقی، مطالعه کیفی

## \* نویسنده مسئول:

دکتر آزاد رحمانی

نشانی: تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، دانشکده پرستاری مامایی، گروه پرستاری داخلی جراحی.

تلفن: ۷۷۹۸۰۴۱ (۹۱۴) ۹۸+

رایانامه: azad.rahmani@yahoo.com

## مقدمه

با وجود همه برتری‌هایی که پیوند کلیه نسبت به ۲ روش دیالیز دارد، متون نشان‌دهنده امتناع درصد قابل توجهی از بیماران نارسایی مزمن انتهایی کلیه به پیوند کلیه است. برای مثال، برخی مطالعات نشان داده‌اند بسیاری از بیماران تحت دیالیز به دلیل ترس از رد پیوند [۲۰-۲۲]، عوارض جانبی کورتون‌ها، داشتن سن بالا و ترس از عفونت، نسبت به انجام پیوند کلیه امتناع می‌کنند [۲۳]. جالب اینکه، برخی بیماران نیز به دلیل عادت کردن به رویه دیالیز، تمایل زیادی برای انجام پیوند ندارند [۲۴]. البته نتایج مطالعه‌ای نیز نشان داد که کیفیت زندگی بیماران تحت دیالیز که تمایلی به پیوند ندارند بدتر از بیمارانی است که تمایل به پیوند دارند [۲۵]. بنابراین لازم است دلایل عدم تمایل بیماران تحت دیالیز به پیوند بیشتر بررسی شود.

با وجود اینکه آمارها نشان می‌دهند تعداد اعمال پیوند کلیه در ایران سیری افزایشی دارد [۱۷] ولی باوجوداین، پدیده امتناع بیماران تحت دیالیز از پیوند که می‌تواند مانعی جدی در سر راه افزایش موارد پیوند و ارتقای کیفیت زندگی بیماران باشد، در ایران بررسی نشده است. تجارب محقق اصلی مطالعه از سال‌ها مراقبت از بیماران تحت دیالیز صفاقی (ف.ب) نیز نشان می‌دهد که بیماران تحت دیالیز صفاقی تمایل زیادی برای انجام پیوند کلیه ندارند.

هدف از این مطالعه، تبیین دلایل بیماران ایرانی تحت دیالیز صفاقی، با و بدون سابقه پیوند قبلی، برای عدم تمایل به انجام پیوند کلیه است.

## روش بررسی

این مطالعه کیفی با روش تحلیل محتوا انجام شد. محیط مطالعه، مراکز حمایت از بیماران دیالیز صفاقی واقع در چهار استان آذربایجان شرقی، خراسان جنوبی، سیستان و بلوچستان و خراسان رضوی بود. این مراکز، پوشش‌دهنده تمامی بیماران تحت دیالیز صفاقی در هر چهار استان هستند. جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها از دی ماه ۱۳۹۹ تا دی ماه ۱۴۰۰ طول کشید.

مشارکت‌کنندگان ۱۸ بیماری بودند که در زمان انجام مطالعه از دیالیز صفاقی برای جبران عملکرد کلیه خود استفاده می‌کردند. تمایل و توانایی انتقال تجارب خود در زمینه پدیده مورد مطالعه را نیز داشتند. تمامی مشارکت‌کنندگان در زمان حاضر، براساس خود گزارش‌دهی تمایلی به پیوند کلیه نداشتند. پنج نفر نیز سابقه پیوند و شکست پیوند قبلی را داشتند. میانگین سن مشارکت‌کنندگان ۴۶ سال و میانگین مدت انجام دیالیز صفاقی ۶/۱۹ سال بود. سایر مشخصات عبارت بودند از: ۱۰ نفر مرد، ۱۲ نفر اهل تشیع، ۱۰ نفر متأهل، ۹ نفر دارای تحصیلات ابتدایی و ۱۰ نفر دارای سابقه همودیالیز. توزیع مشارکت‌کنندگان براساس

بیماری‌های مزمن دارای ماهیتی طولانی‌مدت است و تأثیرات عمده‌ای بر تمامی ابعاد زندگی مبتلایان ایجاد می‌کند. این موضوع، کارکردهای فردی، خانوادگی، شغلی و اجتماعی آنان را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد [۱]. یکی از این بیماری‌های مزمن که از شیوع بالایی نیز برخوردار است، نارسایی مزمن انتهایی کلیه است [۲].

اگرچه، نارسایی مزمن انتهایی کلیه درمان قطعی ندارد ولی سه درمان جایگزین عملکرد کلیه برای این بیماران مورد استفاده قرار می‌گیرد که عبارت‌اند از: همودیالیز، دیالیز صفاقی و پیوند کلیه [۳-۵]. انجام همودیالیز برای بیمارانی مناسب است که دسترسی آسان به بخش همودیالیز داشته باشند؛ مشکلات عروقی نداشته باشند؛ و همچنین، تمایل کمی برای مشارکت در رویه درمانی خود داشته باشند [۶]. از طرفی، دیالیز صفاقی یک درمان خانگی و مقرون به صرفه است که پیامدهای درمانی آن تا حدود زیادی قابل مقایسه با همودیالیز است [۷، ۸].

میزان استفاده بیماران نارسایی مزمن انتهایی کلیه از دیالیز صفاقی در کشورهای مختلف متفاوت است. در ایران حدود ۴ درصد از این بیماران، تحت دیالیز صفاقی قرار دارند [۹]. این رقم در سایر کشورهای خاورمیانه حدود ۶ درصد، در کشورهای اروپایی ۲۵ درصد و در برخی کشورهای پیشرفته که دارای سیستم بهداشت و درمان دولتی هستند، مانند کانادا، فنلاند و انگلستان، به ۴۰ درصد نیز می‌رسد [۱۰]. نکته جالب اینکه در سال‌های اخیر، بیشترین میزان رشد در استفاده از دیالیز صفاقی در کشورهای آسیایی مشاهده شده است [۱۱]. باوجوداین، دیالیز صفاقی نیز دارای عوارضی است. مهم‌ترین آن‌ها عبارت‌اند از: مشکلات عروق قلبی مغزی، عفونت و قطع دیالیز [۱۲، ۱۳]. همچنین، رویه‌های کنونی دیالیز صفاقی بیماران را محدود کرده و باعث کاهش استقلال، تنش مالی، تغییر نقش، تغییر تصور از خود و کاهش عزت‌نفس برای این بیماران می‌شود [۱۴، ۱۵].

پیوند کلیه مؤثرترین راه درمان جایگزین برای بیماران نارسایی مزمن انتهایی کلیه است [۱۶]. تعداد موارد پیوند کلیه از سال ۲۰۱۵ میلادی به بعد و پس از سال‌ها ثابت ماندن، افزایش روزافزونی داشته است [۱۷]. در ایران نیز هر ساله حدود ۲۵۰۰ مورد پیوند کلیه انجام می‌شود [۱۸]. علی‌رغم تمامی مزایای پیوند کلیه، گیرندگان پیوند با مشکلات متعددی نظیر رژیم غذایی و دارویی سخت و عوارض جانبی داروها، نگرانی از رد پیوند، و هزینه بالای انجام پیوند روبرو هستند [۱۹].

## 1. End Stage Renal Disease (ESRD)

واحد‌های معنایی که کلمات، جملات و یا پاراگراف‌هایی از متن مصاحبه‌ها و بیان‌کننده تجارب مشارکت‌کنندگان از دیالیز صفاقی بود، مشخص شد و برچسب‌هایی برای آن‌ها تعیین شد (کدهای اولیه). سپس، این کدهای اولیه براساس شباهت‌ها و تفاوت‌های خود طبقه‌بندی می‌شدند تا طبقات اولیه شکل گیرند. این فرایند انتزاعی‌سازی براساس مقایسه، رفلکشن و تفسیر مداوم به بروز طبقات و زیرطبقات نهایی منجر شد (جدول شماره ۱) [۲۶].

۴ معیار مهم برای استحکام در مطالعات کیفی در این مطالعه رعایت شد [۲۷]. قابلیت اعتبار از طریق حضور مداوم پژوهشگر در محیط پژوهش و بحث مداوم یافته‌ها در گروه پژوهشی کسب شد. قابلیت انتقال به‌وسیله نمونه‌گیری با حداکثر تنوع حفظ شد. قابلیت ثبات از طریق حضور بیش از یک محقق در فرایند تحلیل داده‌ها حفظ شد. تأییدپذیری از طریق صحت یافته‌ها از تمامی فعالیت‌های پژوهشی انجام شد.

کمیته منطقه‌ای اخلاق در پژوهش در دانشگاه علوم پزشکی تبریز، مطالعه را تأیید کرد. تمامی مشارکت‌کنندگان اطلاعات کلامی و کتبی در مورد مطالعه دریافت کردند و رضایت کتبی آگاهانه از تمامی آنان کسب شد.

### یافته‌ها

تحلیل متن مصاحبه‌ها به ظهور ۳ طبقه اصلی «مسیر دشوار» و «پذیرفتنی نبودن مقصد» و «عادت به دیالیز صفاقی» منجر شد. این طبقات اصلی و زیرطبقات آن‌ها در جدول شماره ۱ آمده‌اند.

### مسیر دشوار

مشارکت‌کنندگان بیان کردند که رویه پیوند کلیه، بسیار طولانی‌مدت و پرهزینه است. این موضوعات از دلایل مهم برای عدم تمایل آنان به پیوند بود. این طبقه خود دارای زیرطبقات رویه طولانی پیوند و تنش اقتصادی است.

### رویه طولانی پیوند

مشارکت‌کنندگان بیان کردند که رویه پیوند کلیه بسیار زمان‌بر است و زمان آن‌را از حداقل «یک سال» تا حداکثر «تا ابد» ذکر می‌کردند. کم بودن عضو اهدایی و اعضای بیماران مرگ مغزی، هزینه بسیار زیاد کلیه در بازار آزاد و انتظار طاقت‌فرسا برای یافتن کلیه‌ای سازگار با بافت و گروه خون بیماران سبب شده بود این رویه بسیار طولانی و زمان‌بر باشد. بسیاری از بیماران که در ابتدا با شور و شوق پیوند کلیه را پیگیری می‌کردند، پس از گذشت زمان و با عدم دریافت کلیه نسبت به انجام این رویه تردید پیدا می‌کردند. این موارد همگی سبب ناامیدی شدید بیماران نسبت به پیوند کلیه شده بود.

استان عبارت بود از: سیستان و بلوچستان (۷ نفر)، خراسان جنوبی (۵ نفر)، خراسان رضوی (۳ نفر) و آذربایجان شرقی (۳ نفر).

روش نمونه‌گیری از نوع هدفمند بود. ۲ مشارکت‌کننده اول بیش از ۴ سال سابقه دیالیز صفاقی داشتند و توانایی بالایی برای انتقال تجارب خود را داشتند. نمونه‌های بعدی براساس آنالیز مصاحبه‌های قبلی و به‌نحوی انتخاب می‌شدند که بهتر بتوانند سؤالات و ابهامات حاصله از مصاحبه‌های قبلی را شفاف کنند. سعی شد تا ضمن رعایت اصول نمونه‌گیری هدفمند، از روش نمونه‌گیری با حداکثر واریانس نیز استفاده شود تا حداکثر تنوع در نمونه‌ها ایجاد شود. مهم‌ترین متغیر در این زمینه، سابقه انجام پیوند کلیه بود. بیماران دارای سابقه پیوند و بدون سابقه پیوند که تجربه زیادی از برخورد با بیماران پیوند شده داشتند، وارد مطالعه شدند. سایر متغیرها عبارت بودند از: سن، جنس، سطح تحصیلات، مذهب و استان محل زندگی. نمونه‌گیری تا زمان ایجاد اشباع در داده‌ها ادامه یافت. معیار اشباع در این مطالعه، عدم اضافه‌شدن مفاهیم جدید و یا تکامل معنادار مفاهیم شکل گرفته قبلی طی ۲ مصاحبه آخر در نظر گرفته شد.

داده‌ها از طریق مصاحبه‌های باز، رودررو و نیمه‌ساختاریافته جمع‌آوری شد. مصاحبه‌ها براساس تمایل بیماران و در محیط‌های خصوصی انجام شد. مصاحبه با ۱۰ مشارکت‌کننده در منزل آنان، ۵ مشارکت‌کننده در محل کار پژوهشگر اصلی (ف.ب) و با سه مشارکت‌کننده نیز در بیمارستان انجام شد. قبل از شروع هر مصاحبه ۱ یا ۲ سؤال عمومی از مشارکت‌کنندگان پرسیده می‌شد تا اضطراب آنان کاهش یابد و حس گزارش اطلاعات در آنان ایجاد شود. سپس، سؤالات اصلی مصاحبه پرسیده می‌شد. مهم‌ترین این سؤالات عبارت بودند از: تاکنون چه اقداماتی برای انجام پیوند کلیه انجام داده‌اید؟ نتیجه این اقدامات چه بوده است؟ چقدر برای پیوند تمایل دارید؟ چرا تمایلی به انجام پیوند کلیه ندارید؟ براساس پاسخ مشارکت‌کنندگان سؤالات پروبینگ پرسیده می‌شد.

این سؤالات برای شفاف کردن ابهامات و یا شفاف‌سازی بیشتر در رابطه با مصاحبه‌های قبلی پرسیده می‌شدند مانند: چه کسی؟ چه چیزی؟ چگونه؟ چرا؟ نتیجه شد؟ درمورد ۵ مشارکت‌کننده و برای رفع ابهامات و شفاف‌سازی بیشتر مصاحبه دوم انجام شد. مصاحبه‌ها به زبان فارسی و بلوچی انجام می‌شد. همگی برای تحلیل به‌صورت معنایی به فارسی برگردانده شد. میانگین مصاحبه‌های اولیه ۵۵ دقیقه (۴۰ الی ۷۵ دقیقه) و میانگین مصاحبه‌های پیگیری ۲۵ دقیقه (۱۰ الی ۴۱ دقیقه) بود.

تحلیل داده‌ها هم‌زمان با جمع‌آوری داده‌ها و پیاده‌سازی کلمه به کلمه آن‌ها بعد از انجام هر مصاحبه انجام می‌شد. برای تحلیل از روش تحلیل محتوای مرسوم ارائه‌شده توسط گرانهایم و لاندمن (۲۰۰۴) استفاده شد. در این راستا، ابتدا متن هر مصاحبه چندین بار برای ایجاد درک کلی با دقت خوانده می‌شد. سپس،



«به دفعه چندسال پیش رفتیم بیمارستان اسم مارو نوشت تو لیست پیوند ولی خبری نشد، الان که هیچی، خیلی گرون شده، بخوام پیوند شم باید خانوادم رو آواره کنم که ارزشش رو نداره» (مشارکت‌کننده شماره ۱۰)

#### پذیرفتنی نبودن مقصد

مشارکت‌کنندگان مدام به این مسئله اشاره می‌کردند که علاوه بر دشواری‌های پیوند، آنچه آنان سرانجام از پیوند کلیه به دست می‌آوردند نیز بسیار مطلوب نیست و سبب رضایت در آنان نمی‌شود. این طبقه دارای زیرطبقات سایه رد پیوند، عوارض جسمی و مشکلات شغلی و اجتماعی است.

#### سایه رد پیوند

تمامی مشارکت‌کنندگان بیان کردند که در صورت انجام پیوند یکی از بزرگ‌ترین نگرانی‌های آنان ترس مداوم از رد پیوند است. این نگرانی یکی از مهم‌ترین دلایل عدم تمایل بیماران برای پیوند به‌شمار می‌رفت. اگرچه این نگرانی در بیمارانی که تجربه شکست پیوند داشتند، شدیدتر بود ولی در سایر بیماران نیز به دلیل تماس با بیماران پیوندشده و آگاهی از نگرانی‌های آنان و یا اطلاعاتی که از منابع اینترنتی به دست آورده بودند نیز وجود داشت. این ترس عامل مهمی برای عدم پیگیری مجدانه پیوند کلیه شده بود؛ به طوری که محدود مشارکت‌کنندگانی که پیوند خود را پیگیری می‌کردند هم زیاد تمایلی به انجام پیوند نداشتند و بیشتر فشار خانواده را عامل این پیگیری می‌دانستند. همچنین، برخی مشارکت‌کنندگان نگران آینده خانواده خود در صورت رد پیوند بودند؛ این نگرانی در بیماران متأهل شدید بود.

«دوست دارم بچه‌هام بزرگ بشن درسشون رو بخونن. برای همین نمی‌خوام فعلاً برم پیوند. چیزیم بشه خانوادم چی می‌شن» (مشارکت‌کننده ۱۲)

«به من گفته بودند شما رو می‌ذاریم تو لیست پیوند (حدود ۱۰ سال قبل)؛ به جورایی منتظر بودم که بهم زنگ بززن و بگن که شما الان دیگه بیا پیوند شو و همین جور منتظر بودم. بالاخره خسته شدم حالا دیگه اسم پیوند رو نمی‌ارم. دیگه جوونیم با همین دیالیز گذشت». (مشارکت‌کننده شماره ۶)

#### تنش اقتصادی

مشارکت‌کنندگان یکی از پیامدهای مهم پیوند کلیه را ایجاد تنش اقتصادی می‌دانستند. آنان بیان کردند که نارسایی مزمز کلیه و درمان‌های طولانی‌مدت آن، خود سبب ازدست‌دادن شغل، کاهش ساعات کاری و یا حتی تغییر شغل به مشاغل کم درآمدتر شده است و آنان دیگر توان پرداخت هزینه‌های سنگین پیوند کلیه را ندارند. شدت این مشکلات اقتصادی تاحدی بود که بسیاری از بیماران حتی توان پرداخت هزینه‌های انجام آزمایشات ساده و آزمایشات بافتی قبل پیوند را نیز نداشتند؛ به‌ویژه که این آزمایشات باید به‌صورت مداوم، تکرار شوند. در برخی موارد به دلیل زندگی در روستاها و محل‌های صعب‌العبور بیماران حتی توان پرداخت هزینه رفت‌وآمد به شهر را نیز نداشتند.

«اوایل دوست داشتم پیوند بشم، ولی به‌خاطر اینکه پول ندارم، پیگیر آزمایشاتم نیستم باید. برای آزمایشات هر دفعه پول زیادی بدم، باید آزمایشات را بروز کنم و هزینه صرف کنم. به همین خاطر می‌گم ارزشش رو نداره، بی‌خیال شدم» (مشارکت‌کننده ۱۱).

علاوه بر این موارد، هزینه‌های خرید کلیه و هزینه بیمارستان و همچنین، هزینه‌های دارودرمانی بعد پیوند از مواردی بود که مشارکت‌کنندگان به آن اشاره می‌کردند. مشارکت‌کنندگان بیان کردند که پرداخت این هزینه‌ها فشار بسیار شدیدی به خانواده آنان وارد خواهد کرد و ممکن است حتی نیاز به فروش دارایی‌های خانواده داشته باشد. درنهایت، مشارکت‌کنندگان تنش اقتصادی را از موانع بسیار مهم برای پیوند می‌دانستند.

جدول ۱. خلاصه درون‌مایه‌ها؛ طبقات و زیرطبقات مستخرج از تحلیل محتوا

زیرطبقات	طبقات اصلی
رویه طولانی پیوند	مسیر دشوار
تنش اقتصادی	
سایه رد پیوند	پذیرفتنی نبودن مقصد
عوارض جسمی	
مشکلات شغلی اجتماعی	
تسلط بر رویه	عادت به دیالیز صفاقی
سازگاری با زندگی روزمره	

## عوارض جسمی

تکرار زیاد این رویه، مشارکت‌کنندگان در انجام آن تسلط پیدا می‌کنند و به‌راحتی اینکار را انجام می‌دهند و میزان بروز عوارض در آنان بسیار کاهش می‌یابد. این تسلط بر رویه دلیل مهمی برای عدم تمایل بیماران برای انجام پیوند کلیه محسوب می‌شد. با افزایش سال‌های انجام دیالیز صفاقی بر این تسلط نیز افزوده می‌شد. همچنین، این تسلط در بیماران مرد و دارای تحصیلات دانشگاهی بیشتر بود.

«اوایل بلد نیستی انجام بدی اصلاً. اعصابم خراب می‌شد ۱ ساعت، ۲ ساعت طول می‌کشید. هزار بار می‌گفتم عجب اشتباهی کردم. ولی الآن خیلی راحت انجام می‌دم موقع انجام دیالیزم برخی کارام رو می‌کنم خیلی راحت شده.» (مشارکت‌کننده شماره ۸)

## سازگاری با زندگی روزمره

اکثر مشارکت‌کنندگان بیان کردند که به دیالیز صفاقی محدودیت‌های پیوند و حتی همودیالیز را نیز ندارد و طوری با زندگی آن‌ها سازگار است که انگار جزئی عادی از زندگی آنان است. آنان بیان کردند که برنامه انجام دیالیز صفاقی را کاملاً با زندگی روزمره خود ادغام کرده‌اند و حتی به انجام آن فکر هم نمی‌کنند. مشارکت‌کنندگان بیان کردند که برخلاف همودیالیز که باید هر هفته چندبار و هر بار چند ساعت به بیمارستان مراجعه کنند دیالیز صفاقی به‌راحتی در خانه و یا محل کار قابل انجام است. علاوه بر خود بیماران، اعضای خانواده آنان نیز توانسته‌اند که خود را با این رویه وفق دهند و برنامه‌های زندگی خود را منطبق با برنامه دیالیز بیمار انجام دهند.

«اولش برام خیلی سخت بود ولی الآن به‌خوبی یاد گرفتم و بی‌مشکل این کار رو انجام می‌دم. پیوند که نمی‌شه پس باید با این سازگار باشم، چون واقعاً این خودش خیلی راحتی.» (مشارکت‌کننده شماره ۱۶)

## بحث

براساس مروری بر متون، مطالعه حاضر جزء معدود مطالعاتی است که به تبیین دلایل بیماران ایرانی تحت دیالیز صفاقی، با و بدون تجربه پیوند قبلی، برای عدم تمایل به انجام پیوند کلیه می‌پردازد. پیوند کلیه به‌عنوان مؤثرترین روش مدیریت نارسایی کلیه محسوب می‌شود [۲۸]. اگرچه نتایج مطالعات، نشان‌دهنده تمایل بیشتر بیماران تحت دیالیز نسبت به انجام پیوند کلیه بوده‌اند [۲۲، ۲۹، ۳۰] ولی هنوز هم تعداد زیادی از این بیماران تمایلی به پیوند ندارند که دلایل آن کمتر بررسی شده است.

یکی از مهم‌ترین یافته‌های این مطالعه این بود که تنش مالی ناشی از بیماری زمینه‌ای و هزینه‌های سرسام‌آور پیوند کلیه یکی از عوامل مهمی بود که به عدم تمایل بیماران نسبت به

برخی مشارکت‌کنندگان وجود عوارض جسمی بعد از پیوند از جمله ایجاد درد و ناراحتی شدید؛ عوارض بعد از جراحی و یا عفونت ناحیه جراحی را از دلایل عدم تمایل خود برای پیوند کلیه می‌دانستند. همچنین، تجربه ضعف، دردهای شکمی و بی‌حسی قسمت‌هایی از بدن از عوارض جسمی پیوند بود که توسط مشارکت‌کنندگان تجربه شده بود. از جمله عوارض دیگر جسمی، عوارض مربوط به مصرف داروهای تضعیف‌کننده سیستم ایمنی و کورتون بود که سبب بروز عوارضی از قبیل خستگی زودرس و کاهش تحمل جسمانی برای بیماران شده بود. مشارکت‌کنندگان عدم فعالیت بدنی بعد از پیوند را مسئله‌ای ناراحت‌کننده می‌دانستند و معتقد بودند این مسئله سبب افت شدید کیفیت زندگی در آنان شده است.

«توی پیاده‌روی ضعف می‌کردم. توی کارای خیلی سنگین خیلی ضعف می‌کردم. پادرد و استخون درد و غیره هم داشتم.» (مشارکت‌کننده شماره ۳)

## مشکلات شغلی و اجتماعی

مشارکت‌کنندگان ایجاد مشکلات شغلی و ناتوانی برای ادامه کار کردن به‌ویژه در ماه‌های اول بعد از پیوند را از نگرانی‌های خود برای انجام پیوند کلیه می‌دانستند. این مسئله علاوه بر مشکلات اقتصادی می‌تواند سبب انزوای بیشتر بیماران شود. انزوا دوری از جمع و کاهش تمایل به شرکت در اجتماعات از پیامدهای مهم دیگر پیوند کلیه از نظر مشارکت‌کنندگان بود. مشارکت‌کنندگان ترس شدید از ایزولاسیون اولیه بعد از پیوند داشتند و آن را دوره‌های پرتنش و زجرآور می‌دانستند. شدت بروز این عوارض در بیماران با سن بالاتر و در آقایان بیشتر بود.

«من یک بار تجربه پیوند رو دارم. باز ۶ ماه اسیر می‌شم، اعصابم تو این مدت کلی بهم می‌ریزه، کسی که هر روز تو جامعه بوده و توی هر مراسمی شرکت می‌کرده برایش این موضوع مخمل اعصاب و روانه.» (مشارکت‌کننده شماره ۹)

## عادت به دیالیز صفاقی

یکی از دلایل دیگر مشارکت‌کنندگان برای عدم تمایل به پیوند کلیه عادت کردن آنان به دیالیز صفاقی و راحتی با این رویه بود. این طبقه دارای ۲ زیر طبقه تسلط به رویه و سازگاری با زندگی روزمره بود.

## تسلط به رویه

مشارکت‌کنندگان بیان کردند که در ابتدای انجام دیالیز صفاقی مشکلات زیادی در انجام این رویه داشتند و به‌سختی و با کمک گرفتن زیاد می‌توانستند این کار را انجام دهند. به‌مرور زمان و با



این مطالعه دارای کاربردهایی است. یافته‌های آن نشان داد که تنش اقتصادی، نگرش منفی به پیوند کلیه و طولانی بودن رویه مهم‌ترین عللی هستند که سبب شده است تا بیماران تحت دیالیز صفاقی نگرش منفی به پیوند کلیه پیدا کنند. بنابراین، هرگونه تلاش جهت افزایش مقبولیت پیوند کلیه نزد این بیماران نیازمند توجه به این علل است. تحت پوشش قرار گرفتن تمامی هزینه‌های پیوند، تلاش در جهت افزایش تعداد اعضای اهدایی به ویژه از بیماران مرگ مغزی و ارائه مشاوره‌های لازم می‌توانند در این راستا مؤثر باشند.

### نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه، برخی از مهم‌ترین دلایل عدم تمایل بیماران ایرانی تحت دیالیز صفاقی نسبت به پیوند کلیه را گزارش کرده است. تنش مالی، ترس از رد پیوند، طولانی بودن رویه پیوند و عوارض روانی اجتماعی و جسمی پیوند کلیه، مهم‌ترین دلایل عدم تمایل به پیوند کلیه بودند. تلاش در جهت رفع این موانع و ارائه مشاوره‌های درمانی می‌تواند نقش مهمی در افزایش مقبولیت پیوند کلیه نزد بیماران داشته باشد.

این مطالعه در مراکز درمانی وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی در چهار استان ایران انجام گرفت. باتوجه به نمونه‌گیری از مراکز دولتی مشارکت‌کنندگان ممکن است پوشش‌دهنده کامل بیماران تحت دیالیز صفاقی در کشور ایران از نظر مشخصات فردی اجتماعی نباشند. از طرفی، این مطالعه دربرگیرنده ۲ دسته بیماران بود. دسته اول تجربه پیوند و رد پیوند قبلی داشتند. دسته دوم بیمارانی بودند که خود تجربه پیوند نداشتند، ولی دارای تعاملات زیادی با بیماران پیوند شده بودند. بنابراین، باید توجه داشت که این افراد دارای تجارب خالص از پدیده مورد نظر نبودند که این مسئله می‌تواند از محدودیت‌های مطالعه باشد که باتوجه به کم بودن تعداد بیماران تحت دیالیز صفاقی واجد معیارهای مطالعه، این مطالعه با این محدودیت انجام شد. بنابراین، پیشنهاد می‌شود مطالعاتی در سایر مراکز دیالیز صفاقی کشور انجام شود و در مطالعاتی تجارب بیمارانی که پیوند موفق داشته‌اند نیز بررسی شود.

### ملاحظات اخلاقی

#### پیروی از اصول اخلاق پژوهش

کمیته منطقه‌ای اخلاق در پژوهش در دانشگاه علوم پزشکی تبریز مطالعه را تأیید کرد (کد: TBZMED.REC.1399.814). تمامی مشارکت‌کنندگان اطلاعات کلامی و کتبی در مورد مطالعه دریافت کردند و رضایت کتبی آگاهانه از تمامی آنان کسب شد.

پیوند کلیه منجر می‌شد. در این راستا، مطالعات قبلی نیز نشان داده‌اند که وضعیت اقتصادی عامل مهمی در دسترسی بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه به پیوند کلیه است [۳۱]. از طرفی، مشکلات مالی می‌تواند بیماران را از انجام پیوند کلیه ناامید کند؛ به طوری که به تمایل آن‌ها به ادامه دیالیز منجر شود [۳۲]. هزینه تهیه کلیه پیوندی، هزینه‌های پیوند و مراقبت‌های بعد از آن بسیار بالاست؛ اگرچه برخی از این هزینه‌ها تحت پوشش بیمه است ولی بیمار باید هزینه‌های زیادی را پرداخت کند. همچنین، درمان طولانی مدت نارسایی کلیه، دیالیز و مشکلات شغلی که برای بیماران ایجاد می‌کند سبب می‌شود اکثر بیماران شرایط اقتصادی مناسبی نداشته باشند و توان پرداخت هزینه‌های پیوند و مراقبت‌های بعد از آن را نداشته باشند [۳۳].

از مشکلات دیگری که باعث عدم تمایل بیماران نسبت به پیوند کلیه می‌شود، عوارض روانی اجتماعی و جسمی متعاقب پیوند کلیه بود. متون قبلی نیز ترس و اضطراب بیماران کاندید پیوند کلیه را گزارش کرده‌اند [۳۴]. مطالعات قبلی یکی از دلایل اصلی بیماران برای امتناع از پیوند کلیه را عوارض جانبی درمان با سرکوب‌کننده‌های سیستم ایمنی می‌دانند [۲۳]. به علاوه، مشکلات جسمی همراه با پیوند از جمله خستگی، ضعف‌های شدید و بی‌حسی قسمت‌های مختلف بدن در مطالعات قبلی گزارش شده است [۳۵].

از یافته‌های مهم دیگر این مطالعه این بود که نگرش منفی بیماران نسبت به موفقیت آمیز بودن پیوند کلیه و طولانی بودن فرایند پیوند کلیه از علل تردید بیماران نسبت به انجام پیوند کلیه بود. مطالعات قبلی نیز گزارش کرده‌اند که غیرقابل پیش‌بینی بودن رویه پیوند کلیه [۲۳] و امکان رد پیوند [۳۲] از علل مهم دیگر عدم تمایل بیماران نارسایی مزمن کلیه به پیوند کلیه بوده است. همچنین، رویه پیوند کله در حالت عادی نیز به علت کمبود عضو اهدایی که مسئله‌ای جهانی است، بسیار طولانی است که در متون قبلی نیز به آن اشاره شده است [۳۲]. با وجود این، نگرش منفی نسبت به پیوند در مشارکت‌کنندگان در این مطالعه بسیار شدید بود که می‌تواند مانعی جدی در راه پیوند کلیه باشد.

از یافته‌های جالب توجه این مطالعه این است که سازگاری بودن دیالیز صفاقی با زندگی روزمره از علل مهم عدم تمایل بیماران نسبت به پیوند کلیه بود. در واقع، با گذشت زمان دانش و مهارت مشارکت‌کنندگان در مورد دیالیز صفاقی بیشتر شده بود. این مسئله در کنار سایر علل، سبب کاهش تمایل آنان به پیوند کلیه شده بود. مطالعاتی وجود دارند که نشان می‌دهد علی‌رغم همه مشکلات بیماران تحت دیالیز صفاقی می‌توانند به خوبی این رویه را در منزل خود مدیریت کنند [۳۶]. این مسائل تاحدی زیادی به دلیل کم‌عوارض بودن این تکنیک، سادگی انجام رویه و محدودیت کمتر در رژیم غذایی است [۳۷]. با وجود این، مطالعه‌ای یافت نشد که سازگاری با دیالیز صفاقی را از علل مهم عدم تمایل بیماران تحت دیالیز صفاقی نسبت به پیوند کلیه معرفی کرده باشد.

#### حامی مالی

این پژوهش از حمایت مادی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند بهره‌مند شده است.

#### مشارکت‌نویسندگان

نگارش پروپوزال، جمع‌آوری داده‌ها و نگارش مقاله: فاطمه بیابانی؛ طرح و ایده پژوهش، تبیین یافته‌ها و مشارکت در تدوین پروپوزال: آزادرحمانی؛ جمع‌آوری داده، مشارکت در تبیین یافته‌ها: غلامحسین محمودی؛ بیان نتایج و کمک در تدوین پروپوزال: هادی حسنجانی.

#### تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

## References

- [1] Maghsoudi A, Mohammadi Z. [The study of prevalence of chronic diseases and its association with quality of life in the elderly of Ewaz (South of Fars province) 2014 (Persian)]. *Navid*. 2016; 18(61):35-42. [DOI:10.22038/nmj.2016.6610]
- [2] Tosun N, Kalender N, Cinar FI, Bagcivan G, Yenicesu M, Dikici D, et al. Relationship between dialysis adequacy and sleep quality in haemodialysis patients. *J clin nurs*. 2015; 24(19-20):2936-44. [DOI:10.1111/jocn.12908] [PMID]
- [3] Ronco C, Ricci Z, De Backer D, Kellum JA, Taccone FS, Joannidis M, et al. Renal replacement therapy in acute kidney injury: controversy and consensus. *Crit Care*. 2015; 19(1):1-11. [DOI:10.1186/s13054-015-0850-8] [PMID] [PMCID]
- [4] Goh ZS, Griva K. Anxiety and depression in patients with end-stage renal disease: impact and management challenges - a narrative review. *Int J Nephrol Renovasc Dis*. 2018; 11:93-102. [doi:10.2147/ijnrd.s126615]
- [5] Palevsky PM. Kidney replacement therapy (dialysis) in acute kidney injury in adults: Indications, timing, and dialysis dose. 2022. [Link]
- [6] Niang A, Iyengar A, Luyckx VA. Hemodialysis versus peritoneal dialysis in resource-limited settings. *Curr opin nephrol hypertens*. 2018; 27(6):463-71. [DOI:10.1097/MNH.0000000000000455] [PMID]
- [7] Bartosova M, Schmitt CP. Biocompatible Peritoneal Dialysis: The Target Is Still Way Off. *Front Physiol*. 2019; 9. [DOI:10.3389/fphys.2018.01853] [PMID] [PMCID]
- [8] Li PK-T, Chow KM, Van de Luitgaarden MW, Johnson DW, Jager KJ, Mehrotra R, et al. Changes in the worldwide epidemiology of peritoneal dialysis. *Nature Rev Nephrol*. 2017; 13(2):90-103. [DOI:10.1038/nrneph.2016.181] [PMID]
- [9] Lee T, Flythe JE, Allon M. Dialysis Care around the World: A Global Perspectives Series. *Kidney 360*. 2021; 2(4):604-7. [DOI:10.34067/KID.0001082021] [PMID] [PMCID]
- [10] Akrami M, Khezri S, Tahmasebi S., Karami, M. Y., Shiravani, Z., Zangouri, V., Talei, A., Karimaghaei, N. Cytoreductive Surgery and Hyperthermic Intraperitoneal Chemotherapy for Peritoneal Surface Malignancy: Initial Report from Shiraz Surgical Oncology Group. *Mid East J Cancer*. 2022; 13(3): 458-465. [DOI:10.30476/mejc.2021.87830.1440]
- [11] Li PK, Chow KM, Van de Luitgaarden MW, Johnson DW, Jager KJ, Mehrotra R, et al. Changes in the worldwide epidemiology of peritoneal dialysis. *Nature Rev Nephrol*. 2017; 13(2):90-103. [DOI:10.1038/nrneph.2016.181] [PMID]
- [12] Imani A, Karimi V, Moradi F, Pezeshki A. [Effect of cooled hemodialysis fluid on the quality of life of hemodialysis patients(Persian)]. *JSSU*. 2018; 750-8. [Link]
- [13] Hu S, Tong R, Bo Y, Ming P, Yang H. Fungal peritonitis in peritoneal dialysis: 5-year review from a North China center. *Infection*. 2019; 47(1):35-43. [DOI:10.1007/s15010-018-1204-7] [PMID]
- [14] Liu L, Gou Z, Zuo J. Social support mediates loneliness and depression in elderly people. *J Health Psychol*. 2014; 21(5):750-8. [DOI:10.1177/1359105314536941] [PMID]
- [15] Liu YM, Chang HJ, Wang RH, Yang LK, Lu KC, Hou YC. Role of resilience and social support in alleviating depression in patients receiving maintenance hemodialysis. *Clin Risk Manage*. 2018; 14:441-51. [DOI:10.2147/TCRM.S152273] [PMID] [PMCID]
- [16] Klarman HE, Rosenthal GD. Cost effectiveness analysis applied to the treatment of chronic renal disease. *Med care*. 1968; 6(1):48-54. [DOI:10.1097/00005650-196801000-00005]
- [17] Hart A, Lentine KL, Smith JM, Miller JM, Skeans MA, Prentice M, et al. OPTN/SRTR 2019 Annual Data Report: Kidney. *American Jo Transplant*. 2021; 21 Suppl 2:21-137. [DOI:10.1111/ajt.16502] [PMID]
- [18] Saidi RF, Broumand B. Current Challenges of Kidney Transplantation in Iran: Moving Beyond The "Iranian Model". *Transplant*. 2018; 102(8):1195-7. [DOI:10.1097/TP.0000000000002212] [PMID]
- [19] Gurkan A, r Pakyuz S, Demir T, editors. Stress coping strategies in hemodialysis and kidney transplant patients. *Transplantation proceedings*; 2015: Elsevier. [DOI:10.1016/j.transproceed.2015.05.022] [PMID]
- [20] Liakopoulos V, Nikitidou O, Kalathas T, Roumeliotis S, Salmas M, Eleftheriadis T. Peritoneal dialysis-related infections recommendations: 2016 update. What is new? *Int urology nephrol*. 2017; 49(12):2177-84. [DOI:10.1007/s11255-017-1632-9] [PMID]
- [21] Ye H, Yang X, Yi C, Guo Q, Li Y, Yang Q, et al. Urgent-start peritoneal dialysis for patients with end stage renal disease: a 10-year retrospective study. *BMC Nephrol*. 2019; 20(1):1-10. [LiFnk]
- [22] Buturović-Ponikvar J, Gubenšek J, Arnol M, Bren A, Kandus A, Ponikvar R. Dialysis patients refusing kidney transplantation: data from the Slovenian Renal Replacement Therapy Registry. *Ther Apher Dial*. 2011; 15(3):245-9. [DOI:10.1111/j.1744-9987.2011.00945.x] [PMID]
- [23] Nizič-Kos T, Ponikvar A, Buturović-Ponikvar J. Reasons for refusing kidney transplantation among chronic dialysis patients. *Ther Apheresis Dial*. 2013; 17(4):419-24. [DOI:10.1111/1744-9987.12090] [PMID]
- [24] Rosenthal MM, Molzahn AE, Chan CT, Cockfield SL, Kim SJ, Pauly RP. Why take the chance? A qualitative grounded theory study of nocturnal haemodialysis recipients who decline kidney transplantation. *BMJ open*. 2016; 6(5):e011951. [DOI:10.1136/bmjopen-2016-011951] [PMID] [PMCID]
- [25] Santos PR. Comparison of quality of life between hemodialysis patients waiting and not waiting for kidney transplant from a poor region of Brazil. *J bras nefrol: orgao oficial de Sociedades Brasileira e Latino-Americana de Nefrologia*. 2011; 33(2):166-72. 2018; 72(3):433-43. [DOI:10.1590/S0101-28002011000200008] [PMID]
- [26] sieh H-F, Shannon SE. Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qual Health Res*. 2005; 15(9):1277-1288. [DOI:10.1177/1049732305276687] [PMID]

- [27] Denzin NK, Lincoln YS, editors. The Sage handbook of qualitative research. india: sage; 2011. [Link]
- [28] Abecassis M, Bartlett ST, Collins AJ, Davis CL, Delmonico FL, Friedewald JJ, et al. Kidney transplantation as primary therapy for end-stage renal disease: A national kidney foundation/kidney disease outcomes quality initiative (nkf/kdoqim) conference. Clin J Am Soc Nephrol. 2008; 3(2):471-80. [DOI:10.2215/CJN.05021107] [PMID] [PMCID]
- [29] Senanayake S, Graves N, Healy H, Baboolal K, Barnett A, Sypek MP, et al. Donor kidney quality and transplant outcome: an economic evaluation of contemporary practice. Value in Health. 2020; 23(12):1561-9. [DOI:10.1016/j.jval.2020.07.007] [PMID]
- [30] Malekshahi A, MortezaNejad HF, Taromsari MR, Gheshlagh RG, Delpasand K. An evaluation of the current status of kidney transplant in terms of the type of receipt among Iranian patients. Renal Replac Ther. 2020; 6(1):66. [DOI:10.1186/s41100-020-00314-8]
- [31] Axelrod DA, Schnitzler MA, Xiao H, Irish W, Tuttle-Newhall E, Chang SH, et al. An economic assessment of contemporary kidney transplant practice. Am J Transplant. 2018; 18(5):1168-1176. [DOI:10.1111/ajt.14702] [PMID]
- [32] De Pasquale C, Pistorio ML, Veroux M, Indelicato L, Biffa G, Bennardi N, et al. Psychological and psychopathological aspects of kidney transplantation: A systematic review. Front Psychiatry. 2020; 11:106. [DOI:10.3389/fpsy.2020.00106] [PMID] [PMCID]
- [33] Lentine, Krista L., and Anita Patel. Risks and outcomes of living donation. Adv chronic kidney Dis. 2012; 19(4):220-8. [DOI:10.1053/j.ackd.2011.09.005] [PMID] [PMCID]
- [34] François K, Bargman JM. Evaluating the benefits of home-based peritoneal dialysis. Int J Nephrol Renovasc Dis. 2014; 7:447-55. [DOI:10.2147/IJNRD.S50527] [PMID] [PMCID]
- [35] Kalantar-Zadeh K, Tortorici AR, Chen JL, Kamgar M, Lau WL, Moradi H, et al. Dietary restrictions in dialysis patients: is there anything left to eat? Semin Dial. 2015; 28(2):159-68. [DOI:10.1111/sdi.12348] [PMID] [PMCID]
- [36] Kiebalo T, Holotka J, Habura I, Pawlaczyk K. Nutritional Status in Peritoneal Dialysis: Nutritional guidelines, adequacy and the management of malnutrition. Nutrients. 2020; 12(6):1715. [DOI:10.3390/nu12061715]
- [37] Kim SM, Kang BC, Kim HJ, Kyung MS, Oh HJ, Kim JH, et al. Comparison of hemodialysis and peritoneal dialysis patients' dietary behaviors. BMC Nephrol. 2020 ;21(1):91. [DOI:10.1186/s12882-020-01744-6] [PMID] [PMCID]