مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی شهید صدوقی یزد
دوره سیزدهم ، شماره اول، بهار ۱۳۸٤ ، صفحات ٦١-٥٧

بررسی ارتباط امید و عزت نفس در مددجویان گیرنده پیوند کلیه در بیمارستان امام رضا (ع) شهر مشهد سال ۸۲-۱۳۸۱

طیبه پورغزنین *[۱]، فاطمه غفاری[۲]

چکیده

مقدمه : نارسایی مزمن کلیه یکی از بیماری‌های رایج است که به وسیله دیالیز و یا پیوند کلیه درمان می‌شود هدف از پژوهش حاضر تعیین ارتباط امید وعزت نفس در مددجویان گیرنده پیوند کلیه در بخش پیوند کلیه بیمارستان امام رضا(ع) ، در شهر مشهد می‌باشد که طی سال‌های ۱۳۸۲-۱۳۸۱ انجام شده است.

روش بررسی : این مطالعه از نوع توصیفی ـ همبستگی بوده که بر روی ۸۰ نفر از مددجویان گیرنده پیوند کلیه که در بخش پیوند کلیه بیمارستان ا مام رضا (ع) بستری شده‌اند انجام گرفته است. نمونه گیری به روش مبتنی بر هدف صورت گرفت. ابزار گردآوری داده‌ها شامل فرم انتخاب نمونه، پرسشنامه مشخصات فردی، شاخص امید «هرث» و ابراز سنجش عزت نفس «کوپر اسمیت» بود. جهت تعیین اعتبار علمی ابزار از روش روایی محتوی و جهت تعیین پایانی شاخص امید «هرث» از آزمون مجدد استفاده شد. اعتبار و اعتماد علمی ابزار عزت نفس کوپراسمیت توسط نیسی به تأیید رسیده است. داده ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج : در این پژوهش اکثریت واحدها (۴۵ درصد) دارای سطح امید پایین بودند و بین میزان امید و عزت نفس رابطه مثبت و معنی‌داری دیده شد (P= ۰/۰۰۰۱ و r= ۰/۸۴) ، همچنین از بین متغیرهای مورد بررسی بین انجام تکالیف دینی با میزان امید ارتباط معنی‌دار و مثبت دیده شد ولی سایر متغیرها تأثیر معنی‌داری بر میزان امید نداشتند.

نتیجه گیری : بر اساس یافته‌های این پژوهش بیماران گیرنده پیوند کلیه از سطح امید پایینی برخوردار بودند که با افزایش عزت نفس و تقویت اعتقادات دینی و توضیح اهمیت امید برای بیماران می توان باعث ارتقای سطح امید در آنها شد.

واژه‌های کلیدی: امید، عزت نفس، گیرنده های پیوند کلیه

مقدمه

یکی از وقایع زندگی بشر، بروز ناخوشی‌های مزمن می‌باشد که با پیشرفت درمانهای پزشکی بیماران مبتلا به ناخوشی‌های مزمن نسبت به قبل، از طول عمر بیشتری برخوردار گشته‌اند و بیش از پیش با مسایل مربوط به سازگاری روبه رو می‌شوند، بدون شک پیوند اعضا یکی از اعمال درخشانی است که تاکنون در جهت طولانی کردن زندگی انجام شده است [(۱)].

نارسایی مزمن کلیه یکی از بیماریهای شایع است که درمان آن به وسیله دیالیز و یا پیوند کلیه انجام می‌شود و از آنجایی که دیالیز مشکلاتی از لحاظ هزینه بالا، وابستگی به ماشین و اضطراب را به همراه دارد بیماران ترجیح می‌دهند به منظور حفظ حیات خویش اقدام به پیوند کلیه نمایند.

با وجود این که پیوند کلیه دارای فواید زیادی می‌باشد اما بیماران گرفتار مشکلاتی نیز می‌شوند[(۲)] در زمینه مشکلات بعد از پیوند لاکمن و سورنسن Luckman & Sorenson می‌نویسند:

۱*- نویسنده مسئول: کارشناس ارشد آموزش پرستاری، مشهد ، چهاره دکترا، دانشکده پرستاری و مامایی ، تلفن محل کار، ۸۵۹۱۵۱۱-۰۵۱۱
Email: ghaznein@yahoo.com
۲-کارشناس ارشد آموزش پرستاری
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی مشهد
تاریخ دریافت ۱۳ مهر ۱۳۸۲ تاریخ پذیرش ۷ تیر ۱۳۸۳

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

علی‌رغم این مسئله که هدف از انجام پیوند برطرف نمودن مشکلات ناشی از نارسایی مزمن کلیه و دیالیز و یا بهبود شرایط زندگی این بیماران می‌باشد این روش سودمند مشکلاتی ناشی از تکنیک جراحی و عوارض جانبی داروهای مهار کننده سیستم ایمنی را به دنبال دارد که مشکلات به صورت جسمی و روحی بروز می‌کنند[۳].

انسان دارای نیازهای جسمی، روحی، روانی واجتماعی است که در صورت برآورده شدن آنها، تعادل داخلی بدن برقرار می‌شود، حال اگر این تعادل به هم بخورد، انسان سالم به یک بیمار با مشکلات بسیارمبدل خواهد شد و در این صورت نیازمند مراقبت‌های بهداشتی از سوی افراد تیم بهداشتی است[۴].

شروع یک زندگی جدید و احتمال پس زدگی پیوند کلیه از عوامل ایجاد کننده تنش و نگرانی در این بیماران است که این فشارها می‌تواند باعث بروز اختلالات روحی گردد[۵].

همبرگر(Hamberger) فاکتورهای متفاوتی را دربروز مشکلات روحی مطرح می‌کند و می‌نویسد: « گیرنده‌ی پیوند دچار فشارهای روانی شده و به دنبال ظهور عوارض جانبی داروهای استروئیدی تغییر در مفهوم از خود به وجود می‌آید. به همین دلیل این بیماران گرفتار فشارهای روحی شده و به شیوه‌های مختلف واکنش نشان می‌دهند. بسیاری از بیماران تنش روانی را به صورت خشم، ناامیدی و افسردگی بروز می‌دهند[۶].

روکا و همکارانش (Rocha & et .al) می‌نویسند: ناامیدی و به دنبال آن افسردگی یک پیامد شایع در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه و تحت درمان با درمانهای جایگزین می‌باشد که با بررسی سطح امید و افزایش آن باید تا حدی از بروز افسردگی جلوگیری کرد چرا که نتایج پژوهش وی نشان داد افسردگی رابطه معنی‌داری با نتیجه منفی پیوند کلیه دارد[۷].

نتایج پژوهش تانریوردی و همکاران (Tanriverdi & et al) نیز نشان داد سطح افسردگی در افراد گیرنده پیوند کلیه به طور معنی‌داری بالاتر از گروه کنترل بود[۸].

امید به عنوان نمادی از سلامت روحی مددجو می‌تواند در بررسی‌های پرستاری مدنظر واقع شود[۹].

نتایج حاصل از تحقیقات Nowotny و همکاران نشان داد : امید کیفیت اندازه پذیری است که می‌تواند در مرحله بررسی و شناخت فرآیند پرستاری استفاده شود و در پی آن مداخلاتی در جهت ارتقای آن اعمال گردد و بدون ارتقای امید زمینه برای پذیرش آموزش‌های درمانی و مراقبتی به وجود نخواهد آمد[۹،۱۰].

از طرفی فریسون Frieson می‌نویسد: امید و عزت نفس به عنوان نمادی از بعد روحی اغلب با نتایج گزارش شده از سلامت جسمی و روحی همراه بوده و باید به این نکته توجه داشت که امید تحت تأثیر عزت نفس می‌باشد، عزت نفس چهارمین سطح نیازهای مازلو است و این نیاز به انسان اعتماد و استقلال می‌بخشد[۱۱،۱۲].

طبق گفته فریسون (۱۹۹۷) باید توجه داشت که در بیماران تحت پیوند نیز امید تحت تأثیر عزت نفس می‌باشد، و کمک به بالا بردن عزت نفس باعث ارتقای سطح امید می‌شود، پژوهش‌هایی نیز در ارتباط با رابطه امید و عزت نفس انجام شده که نیاز به بررسی‌های بیشتری وجود دارد[۱۱] تجربه شخصی و مطالعات انجام شده انگیزه‌ای شد تا پژوهشی با هدف تعیین ارتباط امید و عزت نفس در مددجویان گیرنده پیوند کلیه بستری در بخش پیوند کلیه بیمارستان امام رضا(ع) در سال ۱۳۸۲-۱۳۸۱ انجام شود.

روش بررسی

این مطالعه از نوع توصیفی ـ همبستگی بوده که به توصیف عینی و واقعی ویژگی‌های جامعه مورد نظر می‌پردازد و از آنجایی‌که همبستگی دو متغیر امید و عزت نفس نیز بررسی شد توصیفی ـ همبستگی نام گرفته چرا که در مطالعه صرفا توصیفی پژوهشگر الزاما در پی کشف و توضیح روابط و همبستگی‌ها و احتمالا آزمودن فرضها نیست در این بررسی از یک طرح دو متغیره و یک گروهه استفاده شده و از اردیبهشت سال ۱۳۸۱ تا مرداد سال ۱۳۸۲ انجام شده است. در این پژوهش ۸۰ نفر از مددجویان گیرندهٔ پیوند کلیه ۱۸ سال و بالاتر که در زمان انجام پژوهش در بخش پیوند کلیه بیمارستان امام رضا(ع) بستری می‌شدند و مایل و قادر به همکاری بودند شرکت کردند. نمونه گیری به روش مبتنی بر هدف صورت گرفت بدین شکل که هر

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

فردی که در زمان انجام پژوهش تحت عمل جراحی پیوند کلیه قرار می‌گرفت با توجه به معیارهای حذف و شمول در پژوهش شرکت داده ویا حذف می‌شد که طبق این معیارها آزمودنی‌ها باید توانایی جسمی و هوشیاری برای پاسخ دادن به پرسش‌نامه را داشته و افراد با پیوند دوم کلیه، معلولیت جسمی و یا ذهنی، داشتن درد و افراد دارای سابقه بیماری روانی یا مصرف داروهای روان گردان، یا وجود رویداد استرس زا مانند طلاق یا فوت نزدیکان و شکست مالی در شش ماه گذشته از مطالعه حذف شدند.

حجم نمونه با محاسبه انحراف معیار امید و عزت نفس پس از انجام مطالعه مقدماتی با اطمینان ۹۵ درصد و دقت ۰/۵ ، ۶۷ نفر به دست آمد که جهت اطمینان و دقت بیشتر مطالعه بر روی ۸۰ نفر انجام شد.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل فرم انتخاب نمونه، پرسشنامه مشخصات فردی ، شاخص امید «هرث» (Herth Hope Index) و ابراز سنجش عزت نفس کوپراسمیت(Cooper Smiths Selfesteem Inventory) بود . شاخص امید «هرث»، حاوی ۱۲ سوال بوده و بر مبنای مقیاس سه نقطه ای لیکرت Likert از ۱ تا ۳ ،نمره گذاری شد که نمره ۱= مخالفم، نمره ۲= مطمئن نیستم و نمره ۳= موافقم می‌باشد و مواد منفی به طور معکوس نمره گذاری گردید. نمره کل شامل ۱۲ تا ۳۶ امتیاز بوده و نمره بالاتر، سطح امید بالاتری را نشان می‌دهد. ابزار عزت نفس کوپراسمیت شامل ۳۵ عبارت بوده و بر مبنای مقیاس چهار نقطه‌ای لیکرت از ۱ تا ۴ نمره گذاری می‌شود و محدوده نمرات از ۳۵ تا ۱۴۰ امتیاز بوده و نمره بالاتر عزت نفس بالاتر را نشان می‌دهد.

اعتبار علمی ابزار استفاده شده با استفاده از روایی محتوی، مورد بررسی قرار گرفت و تأیید شد. پایایی شاخص امید هرث در سال ۱۳۷۹ با استفاده از آزمون مجدد در بیماران سرطانی توسط پژوهشگر بررسی و با ضریب همبستگی پیرسون ۰/۸۴ تأیید شد و در بیماران تحت پیوند کلیه نیز آزمون مجدد انجام شد که ضریب همبستگی پیرسون ۰/۷۸ بوده و پایایی ابزار مجدداً به تأیید رسید.

اعتبار واعتماد علمی ابزار عزت نفس کوپراسمیت در دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز توسط نیسی (۱۳۶۳) به تأیید رسیده است همچنین توسط انصاری جابری (۱۳۷۴) از دانشگاه تربیت مدرس و زاغری تفرشی (۱۳۷۵) از دانشگاه علوم پزشکی تهران، اعتماد علمی ابزار مذکور تأیید شده است [۱۳] پس از جمع‌آوری داده‌ها به منظور دستیابی به نتایج مورد نظر از آمار توصیفی، آزمون مجذور کای، ضریب همبستگی پیرسون Pearson Correlation Coefficient ، آنالیز واریانس یک طرفه One- Way - ANOVA و آنالیز کوواریانس Ancova استفاده شد.

نتایج

از ۸۰ بیمار مورد بررسی ۴۶ نفر (۵۷/۵ درصد) مرد و ۳۴ نفر (۴۲/۵) زن بودند. میانگین سنی آنها ۳۷ سال با انحراف معیار ۱۱/۶۶ و دامنه سنی آنان بین ۱۸ تا ۶۶ سال بود که اکثریت آنها (۳۷/۵ درصد) در گروه سنی ۳۰- ۱۸ سال بودند.

اکثریت واحدهای مورد پژوهش متأهل (۷۸/۷ درصد) ساکن مشهد (۵۱/۲ درصد) دارای تحصیلات ابتدایی (۳۷/۵ درصد) و گیرنده کلیه از فرد غریبه (۷۱/۲ درصد) بودند.

در این بررسی میانگین امید ۲۴/۵ با انحراف معیار ۵/۶۳ که حداقل میزان امید ۱۲ و حداکثر آن ۳۵ بود و اکثریت واحدها (۴۵ درصد) دارای سطح امید پایین بودند

یافته ها حاکی از آن بود که بین سطوح مختلف امید و عزت نفس رابطه معنی‌داری وجود دارد و افراد با عزت نفس بالا از سطح امید بالایی برخوردار هستند(جدول ۱) ، همچنین نتایج حاصل از آزمون آنالیز یک طرفه نیز نشان داد که میانگین امید در سطوح مختلف عزت نفس تفاوت معنی‌داری دارد (f= ۱۱۸/۰: P= ۰/۰۰۰).

جدول (۱):توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای پژوهش بر حسب سطوح مختلف عزت نفس و امید

عزت نفس / امید	پایین		متوسط		بالا		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
پائین	۳۲	۴۰	۴	۵	–	–	۳۶	۴۵
متوسط	۱	۱/۳	۲۹	۳۶/۲	۵	۶/۲	۳۵	۴۳/۷
بالا	–	–	۱	۱/۳	۸	۱۰/۱	۹	۱۱/۳
جمع	۳۳	۴۱/۳	۳۴	۴۲/۵	۱۳	۱۶/۳	۸۰	۱۰۰

X^2 : ۹۵/۰۲ DF:۴ P:۰/۰۰۰۱

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

ارتباط عددی میزان امید و عزت نفس نیز با استفاده از آزمون همبستگی بررسی شد که نتیجه این آزمون نشان داد بین دو متغیر رابطه مثبت معنی‌داری وجود دارد (P=۰/۰۰۰۱ ، r = ۰/۸۴) از بین متغیرهای مورد بررسی متغیرهای سن، جنس، تأهل ، طول مدت ابتلا به بیماری، مدت دیالیز قبل از پیوند، تحصیلات، شغل، حمایت اجتماعی، وضعیت اقتصادی و نسبت دهندهٔ کلیه با واحد پژوهش رابطه معنی‌داری با امید نداشتند ولی بین انجام تکالیف دینی با میزان امید رابطه مثبت و معنی‌داری دیده شد (P= ۰/۰۰۰۱ ، r= ۰/۵۲) . از آنجایی که علاوه بر عزت نفس انجام تکالیف دینی نیز بر سطح امید تاثیر معنی‌داری را نشان داد، جهت حذف اثر این متغیر آنالیز کوواریانس انجام شد که نشان داد میانگین نمرات امید در سطوح مختلف عزت نفس تفاوت معنی‌داری دارد(جدول ۲) .

جدول (۲) : میانگین اصلاح شده امید بر حسب عزت نفس با حذف متغیرهای اثرگذار

امید عزت نفس	میانگین اصلاح شده	تعداد
پایین	۱۹/۱۵	۳۳
متوسط	۲۶/۲	۳۴
بالا	۳۰/۲۴	۱۳
P:۰/۰۰۰۱	DF:۲	F: ۱۱۰/۰

بحث

در این پژوهش دامنه سنی افراد بین ۱۸ تا۶۶ سال بود، دریافت کننده پیوند کلیه باید در یک محدودهٔ سنی قرار داشته باشد که ۷۰-۲ سال است در این شرایط سنی پیوند از نتایج رضایت بخشی برخوردار خواهد بود[۴].

یافته‌های این پژوهش سه سطح امید را در بیماران نشان داد (سطح امید بالا ، متوسط و پایین) که اکثریت افراد (۴۵درصد) دارای سطح امید پایین بودند، یافته های حاصل از پژوهش فریسون (۱۹۹۷) نیز سه سطح امید را در بیماران گیرنده پیوند کلیه نشان داد که اکثریت افراد (۴۲ درصد) دارای سطح امید متوسط بودند[۱۱].

در این پژوهش محدودهٔ نمرات امید ۳۵-۱۲ و میانگین آن ۲۴/۵ (SD: ۵/۶۳) بود که تقریباً مساوی با میانگین نمرهٔ شاخص امید هرث(۲۴) می‌باشد که با پژوهش فریسون مطابقت ندارد چرا که در پژوهش فریسون میانگین امید در گیرنده‌های پیوند کلیه ۱۶۴/۲۸ (SD:۱۸/۳۱) به دست آمد که بیشتر از میانگین نمره مقیاس امید میلر ـ با میانگین ۱۵۷ بود[۱۱] .

در این بررسی رابطه مثبت معنی‌داری بین میزان امید و عزت نفس دیده شد که با پژوهش فریسون (۱۹۹۷) مطابقت دارد چراکه نتایج مطالعه فریسون نیز ارتباط آماری معنی‌داری را بین امید و عزت نفس نشان داد[۱۱].

نتایج این پژوهش حاکی از آن بود که انجام تکالیف دینی با میزان امید، ارتباط مثبت معنی‌داری، دارد که با مطالعه رلایف Raleigh (۱۹۹۲)، هانگ و همکاران Hwang & et.al (۱۹۹۶) و هرث Herth (۱۹۸۹ و ۱۹۹۰) مطابقت دارد، چرا که نتایج این مطالعات نشان داد، افرادی که از اعتقادات قوی‌تری برخوردار بودند، به طور معنی‌داری میانگین نمرات بالاتری از میزان امید را دارا بودند[۱۳،۱۴،۱۵،۱۶] بین حمایت اجتماعی و میزان امید رابطه معنی‌داری دیده نشد که با مطالعات اوون Owen . (۱۹۸۹)، هانگ و همکارانش (۱۹۹۶) هرث (۱۹۹۰) همخوانی ندارد. مطالعات آنها نشان داد، ارتباط مثبت معنی‌داری بین میزان امید و حمایت اجتماعی وجود داشته و انزوای اجتماعی، حس ناامیدی را تقویت می کند[۱۳،۱۶،۱۷].

وضعیت تأهل تأثیر معنی‌داری را بر میزان امید نشان نداد که با پژوهش آکمن و همکاران(Akman & et al) و هانگ و همکارانش مطابقت ندارد چرا که نتایج حاصل از مطالعات آنها نشان داد که بیماران متأهل سطح امید بالاتری دارند[۱۳،۱۸] همچنین وضعیت اقتصادی نیز تأثیر معنی‌داری بر میزان امید نداشت که با مطالعه انجام شده توسط هرث (۱۹۹۰) مطابقت ندارد چرا که در مطالعه وی مشخص شد بیمارانی که وضعیت اقتصادی نامناسبی داشتند به طور معنی‌داری از سطح امید کمتری نسبت به آنهایی که درآمد کافی داشتند برخوردار بودند[۱۶].

تحصیلات و جنس رابطه معنی‌داری با میزان امید نداشتند که با پژوهش هرث (۱۹۹۰) مطابقت دارد[۱۶]. همچنین مدت دیالیز قبل از پیوند و طول مدت ابتلای به بیماری با امید رابطه

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

معنی‌داری نشان نداد که با مطالعه هرث (۱۹۹۰) و اوون (۱۹۸۹) مطابقت دارد ولی با پژوهش هانگ و همکارانش مطابقت ندارد چرا که نتایج مطالعه هرث حاکی از آن بود که افرادی که طول مدت ابتلای آن بیشتر از ۱۲ ماه بود امید کمتری داشتند و پژوهش هانگ و همکارانش ارتباط منفی معنی‌داری بین میزان امید با طول مدت بیماری نشان داد [۱۳،۱۶،۱۷]. با مرور یافته‌های این پژوهش در نهایتً مشخص می‌گردد که مددجویان گیرنده پیوند کلیه از سطح امید پایین برخوردار هستند و از طرفی بین امید و عزت نفس و همچنین بین امید و انجام تکالیف دینی رابطه مثبت معنی‌داری وجود دارد که با ارتقای عزت نفس و تقویت اعتقادات دینی می‌توان سطح امید را افزایش داد که با توجه به پژوهش روکا (۲۰۰۱) ارتقای امید یک راه مؤثر برای بهبود نتیجه پیوند، مقابله با بیماری و افزایش اقدامات خود مراقبتی می‌باشد[۷].

نتیجه گیری

نتایج این پژوهش نمایانگر مشکلات روحی بیماران بعد از عمل پیوند کلیه می‌باشد و بررسی کیفیت مراقبت از بیماران پس از پیوند و تأثیر آموزش بر میزان مشکلات جسمی و روحی این بیماران و همچنین بررسی فاکتورهای مؤثر بر عزت نفس در این بیماران پیشنهاد می شود .

References

1- Davis, Faye D. ***Organ procurement and transplantation,*** Nursing Clinic of North America. Dec 1989; 24(4);825.

2- Uidall, Robert, ***Renal Nursing***. Third Ed. London: Black well scientific publishers, 1988.

3- Luckman. J, Sorenson K. Medical Surgical Nursing : A Psychologic Approach. 3th ed. Philadelphia: W.B. Saunders Co. 1987.

4- Brunner and Suddarth***. Medical Saurgical nursing.*** 6 th ed. Philadelphia: J.B, Lippincott.Co. 1988.

5- Streltzer, Jone, ***A Comprehensive model for providing Psychosocial Services To dialysis and Transplant Programs*** , Dialysis & Transplantation. Feb. 1984; 13 (2): 93.

6- Hamberger, Jean. ***Renal Transplantation: Theroy and Practice,*** 2th ed London: Williams and Wilkins publins Publishers, 1981.

7- Rocha CE. Poli de Figueiredo, D. Saitovitch, D. ***Depressive symptoms and kidney Transplant out come.*** Transplantation proceedings, 2001 (33): 3424.

8- Tanriverdi .N , Ozcurumez G, Colak. T ***Quality of life and mood in renal transplantation recipients , donors , and controls.*** Transplant proc**.** 2004 ;36(1):117-9.

9- Dufault Karin. ***Hope: its spheres and Dimensions*** Nursing Clinics of North America 1985; 2 (2): 379-391.

10- Nowotny Maryl. ***Assessment of hope in Patients with Cancer, development of an instrument***. Oncology Nursing Forum. 1989; 16 (1) : 57- 61.

11- Frieson TC. ***Relationship Between hope and self – esteem in Renal Transplant Recipients***. Tranplantation Proceedings, 1997; (29): 3739-3740.

12- Williams, Willkins. Stedman's Medical dictionary 26 th ed, 1995.

13- Hwang R, Ku N. Mao H. ***Hope and related factors of breast Cancer women.*** Nursing- Research-Chine, 1996; 4 (1): 35-46.

14- Raleigh Hunt, ***Sources of hope in chronic illness*** . Oncology- Nursing – Forum, 1992; 19 (3) : 443-448.

15- Herth KA. ***The relationship between level of hope and level of coping reponse and other variable in patents with cancer***. Oncology Nurs – Forum, 1989; 16(1):67-72.

16- Herth KA. ***Fostering hope in Terminally – ill people.*** Journal of Advanced Nursing. 1990; 15: 1250-1259.

17- Owen Donnac. ***Nurses'perspectives on the meaning of hope in Patients with cancer*** Oncology – Nursing – Forum. 1989; 16 (1): 75-79.

18- Akman B, Ozdemir Fn, Sezer S, ***Depression levels before and after renal transplantation***, Transplant proc . 2004 ;36 (1):111-3.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]