

# نقش کیفیت خدمات درمانی و مراقبتی در تسهیل تصمیم‌گیری و رضایت به اهدای عضو در

## خانواده بیماران مرگ مغزی: یک مطالعه کیفی

زهرا سادات منظری<sup>۱</sup>، \*عیسی محمدی<sup>۲</sup>، عباس حیدری<sup>۳</sup>

۱. استادیار گروه داخلی-جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۲. دانشیار گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۳. دانشیار گروه داخلی-جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

\* نویسنده مسؤول: تهران، بزرگراه چمران، تقاطع جلال آل احمد، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده پزشکی، گروه پرستاری

پست الکترونیک: mohamade@modares.ac.ir

### چکیده

**مقدمه:** مراقبت از خانواده طی فرایند درخواست اهدای عضو بر روند تصمیم‌گیری خانواده، الزامی و بر عهده پرستاران می‌باشد.

**هدف:** تبیین نقش و ابعاد کیفیت خدمات درمانی، مراقبتی در تسهیل تصمیم‌گیری و رضایت به اهدای عضو در خانواده متوفیان مرگ مغزی.

**روش:** با توجه به هدف مطالعه، از رویکردهای کیفی با روش آنالیز محتوی استفاده شد. مشارکت کنندگان تحقیق شامل ۲۶ خانواده متوفیان مرگ مغزی «رضایت داده» و نیز «رضایت نداده» به اهدای عضو بود. نمونه‌گیری به صورت هدفمند بود و در ادامه، به صورت تئوریک در مرکز پیوند اعضای دانشگاه علوم پزشکی مشهد در سال ۱۳۹۰ انجام شد. بر این اساس، ۳۸ مصاحبه بدون ساختار انجام شد و سپس داده‌ها با روش آنالیز محتوی از نوع قراردادی تحلیل شد.

**یافته‌ها:** تجزیه و تحلیل داده‌ها منجر به ظهور ۶۱۰ کد اولیه و ۱۳ طبقه و ۴ مضمون گردید؛ که شامل مشاهده کفایت مراقبت و درمان از مصدوم، حمایت عاطفی، ارتباط همدلانه و مؤثر و اطمینان بخشی بود. از این ۴ مضمون، مضمون مرکزی «جو انگیزی تصمیم‌ساز» به عنوان درون‌مایه اصلی مطالعه استخراج شد.

**نتیجه‌گیری:** این مطالعه نشان داد تیم مراقبتی و درمانی می‌توانند نقش به‌سزایی در تصمیم‌گیری خانواده متوفیان مرگ مغزی و هدایت آن به سمت رضایت یا عدم رضایت به اهدا ایفا نمایند. پیشنهاد می‌شود تیم تخصصی در هر بخش ویژه متشکل از پزشکان و پرستاران تشکیل شود و با تمرکز بر مراقبت از خانواده در این موقعیت پیچیده، آموزش‌های تخصصی (مهارت‌های ارتباطی، حمایت و مشاوره سوگ) به آن‌ها ارائه شود.

**کلیدواژه‌ها:** کیفیت مراقبت، کیفیت درمان، تصمیم‌گیری، رضایت، اهدای عضو، خانواده، مرگ مغزی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۰۴/۱۸

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۰۶/۲۸

## مقدمه

بیماران مرگ مغزی با فعالیت قلبی یکی از مهمترین منابع تأمین عضو برای بیماران با نارسایی پیشرفته اعضا هستند (۱). تجربه محققین در دهه‌های اخیر نشان داده که به منظور بهبود فرصت‌هایی برای پیوند عضو، نیاز به انجام و تکمیل تحقیقاتی در زمینه تأثیر عوامل مختلف از جمله تأثیر تیم مراقبتی و درمانی در فرایند تصمیم‌گیری خانواده در باره اهدای اعضای بیمار مرگ مغزی‌شان وجود دارد. محققان در زمینه تصمیم‌گیری خانواده در باره اهدای اعضای یکی از بستگان‌شان، دلایل مختلفی مبنی بر علل رضایت یا امتناع از اهدا جمع‌آوری نموده‌اند؛ که به عنوان یکی از مهمترین عوامل مؤثر بر تصمیم خانواده به اهدای عضو بر کیفیت مراقبت ارایه شده به خانواده از طرف تیم درمانی و مراقبتی تأکید دارند (۲-۴). پزشکان و پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه معمولاً از بیمارانی که شرایطشان به سمت مرگ مغزی پیشرفت می‌کند مراقبت می‌نمایند و اغلب مسؤول درخواست اهدای عضو از خانواده بیمار مرگ مغزی می‌باشند. این در حالی است که مطالعات مختلفی نشان می‌دهد که کارکنان بخش‌های مراقبت‌های ویژه -چه پزشکان و چه پرستاران- برای مدیریت موفق درخواست اهدای عضو از خانواده آمادگی لازم را ندارند (۵). مرگ بیمار انتهای تعامل پرستار با بیمار و خانواده وی در نظر گرفته می‌شود؛ در حالی که گزینه اهدای عضو ممکن است این تعامل را گسترش دهد و فرصت‌های دیگری برای خدمت و حمایت از خانواده بیمار فراهم آورد (۶). حضور دایم پرستاران نزدیک تخت‌های بیماران است که فرصت‌های ویژه‌ای را برای گذاشتن تأثیری مثبت بر خانواده به منظور تطبیق با این تراژدی و شروع فرایند التیام فراهم می‌آورد (۵). مطالعات نشان می‌دهد که اگر پرستاران بتوانند به خوبی خانواده این بیماران در مدیریت نمایند آن‌ها آسانتر و مؤثرتر با مرگ بیمارشان کنار می‌آیند و احتمال رضایت دادن به اهدای عضو افزایش خواهد یافت (۷ و ۸). در مطالعاتی که به وسیله محققین مختلف انجام شده است، خانواده بیماران مرگ مغزی در فرایند اهدای عضو، پرستاران را به عنوان بیشترین و مؤثرترین عامل کمک در تیم حرفه‌ای مراقبت ذکر کردند (۸-۱۰). در واقع، مراقبت از خانواده در این موقعیت الزامی است و نقش پرستار در کمک به خانواده در تطبیق با شرایط موجود حیاتی و الزامی است (۱۱ و ۱۲). اما، اگر چه بحث پیوند عضو از مباحث اساسی و به‌روز دنیاست؛ با این حال، مطالعات اندکی در این زمینه به خصوص در رابطه با مسایلی که تیم مراقبتی در بالین و نیز هنگام مواجهه با خانواده، با آن روبرو می‌شوند، انجام شده است (۱۳). یافته‌های مطالعه اینگوار (۱۹۹۸) که به منظور بررسی چالش‌های مراقبت‌های

پرستاری در رابطه با بیماران مرگ مغزی کاندید اهدای عضو و خانواده آن‌ها انجام شده بود، نشان داد که ضروری است با خانواده این بیماران مصاحبه و اطلاعات جزئی‌تری در خصوص این موضوع گردآوری و استخراج شود؛ تا قابلیت پرستاران در مراقبت از خانواده در این موقعیت حساس و پیچیده بیشتر توسعه یابد (۱۴). به علاوه، یکی از چالش برانگیزترین موضوعات مرتبط با اهدای عضو این است که دانش کمی در باره تجربه و خاطرات بستگان درجه یک بیمار از مواجهه با مرگ مغزی عزیزشان و تقاضای اهدای عضو در دست است و در واقع، خلأ شناختی و مطالعاتی واضحی در خصوص این موضوع وجود دارد؛ که هم به دلیل ماهیت دردناک مصاحبه با این خانواده‌ها و هم چالش‌های مطرح شده در زمینه این گونه مطالعات است (۱۵ و ۱۶). در صورتی که هر چه دانش بیشتری راجع به این بیماران و خانواده آن‌ها جمع‌آوری شود ارایه دیدگاه‌های حرفه‌ای در مراقبت از اعضای خانواده این بیماران برای پرستاران آسان‌تر خواهد بود (۱۴). با توجه کمبود گسترده و جهانی اعضا برای پیوند، لازم است که بر اثرات روان‌شناختی و اجتماعی این تجربه نادر و منحصر به فرد تمرکز نمود؛ تا نه تنها چگونگی افزایش امکان دسترسی به اعضای با درک بهتر فرایند اهدای عضو در خانواده مشخص شود، بلکه همچنین تبیین شود که افراد تیم حرفه‌ای مراقبت چگونه می‌توانند به این خانواده‌ها در این موقعیت ویژه و به خصوص کمک نمایند (۱۷). بررسی کیفی این پدیده به روشن شدن ابعاد مختلف و درونی آن کمک می‌کند و از این طریق، باعث می‌شود پرستاران از زوایای مختلف و خاص آن آگاه شوند (۱۸)؛ جنبه‌های مختلف آن را در مراقبت از خانواده این بیماران در نظر بگیرند و در واقع، در ارایه کمک، حمایت و مراقبت از آن‌ها اقدامات لازم را به عمل آورند (۱۹ و ۲۰). از طریق شناخت تجربه خانواده بیماران مرگ مغزی از مواجهه با درخواست اهدای عضو با روش استقراء از محیط، زمینه‌های لازم درک بهتر مشکلات خانواده‌ها و تبیین رویکردهایی برای کمک به این خانواده‌ها در این شرایط دشوار و پیچیده فراهم می‌شود. با توجه به نوظهور بودن پدیده اهدای عضو در بیماران مرگ مغزی و نیز با توجه به این که نیاز به اهدای عضو در جهان و نیز در کشور ما به صورت روزافزون در حال افزایش است و با در نظر گرفتن این نکته که ایران با آمارهای جهانی جهانی اهدای عضو فاصله‌ای چشمگیر دارد (۲۱ و ۲۲)؛ بنابراین، پرداختن به مسأله چگونگی مواجهه خانواده با درخواست اهدای عضو از بیمار مرگ مغزی بسیار ضروری و با اهمیت است؛ چرا که بدون شک، موفقیت برنامه‌های پیوند عضو به کیفیت و اثربخشی فرایند درخواست اهدای عضو از خانواده بستگی دارد (۱۸). با توجه به این که تا به حال در ایران

بررسی روبرو می‌شوند یا آن را حل می‌کنند، بود (۲۳). مصاحبه ابتدا با پرسش‌های باز و عمومی مثل "ممکن است بفرمایید چطور شد که اون حادثه اتفاق افتاد؟" شروع شد و بعداً بر اساس پاسخ‌ها و داده‌های ظاهر شده از سوی مشارکت کننده، پرسش‌های روشن کننده و عمق دهنده مصاحبه مثل "در این رابطه بیشتر برایم توضیح دهید... این مطلب یعنی چه؟ لطفاً بیشتر توضیح دهید؛ آیا تجربه‌ای می‌توانید بیان کنید که من بتوانم بهتر منظورتان را درک کنم؟..". ادامه می‌یافت. نمونه‌گیری آن قدر ادامه می‌یافت تا اشباع داده‌ها حاصل شد. به این معنی که بعد از هر مصاحبه و یا مشاهده، دیگر هیچ کد یا داده جدیدی به دست نیامد و تمام سطوح مضمونی تکمیل شده بود (۲۴). تجزیه و تحلیل داده‌ها به صورت آنالیز محتوای کیفی با رویکرد قراردادی (Conventional approach) انجام شد. این نوع تحلیل معمولاً در طرحی مطالعاتی به کار می‌رود که هدف آن شرح یک پدیده است و هنگامی مناسب است که نظریه‌های موجود یا ادبیات تحقیق در باره پدیده مورد مطالعه محدود باشد. در این حالت، پژوهشگران از به کار گرفتن مضامین پیش‌پنداشته می‌پرهیزند و در عوض، ترتیبی می‌دهند که مضامین از داده‌ها ناشی شوند. در این حالت، محققان خودشان را بر امواج داده‌ها شاور می‌کنند تا شناختی بدیع برایشان حاصل شود. بنابراین، از طریق استقراء، مضامین از داده‌ها ظهور می‌یابند (۲۵). رمزگذاری و در نتیجه مقوله‌بندی مطالب در تحلیل محتوای عرفی بدون در نظر داشتن هیچ پیشینه تئوریک، همزمان با مطالعه متن یا مصاحبه آغاز می‌شود. در این حالت، تحلیل داده‌ها با خواندن آن‌ها به صورت مکرر آغاز می‌شود؛ تا درکی کامل در باره آن‌ها به دست آید. محقق بر اساس ادراک و فهم خود از متن مورد مطالعه، نوشتن تحلیل اولیه را آغاز می‌کند و این کار ادامه می‌یابد تا پیش‌زمینه‌هایی برای ظهور رمزها آغاز شود. این عمل اغلب موجب می‌شود که طرح‌ریزی رمزها از متن ظهور یابد و سپس بر اساس شباهت‌ها و تفاوت‌هایشان مقوله‌بندی شوند. این مقوله‌بندی از سازمان‌دهی و گروه‌بندی کردن رمزها به صورت خوشه‌های معنادار دسته‌بندی می‌شود. بسته به کیفیت ارتباط بین زیرمقوله‌ها، محقق می‌تواند با ترکیب و سازمان‌دهی این زیرمقوله‌ها، آن‌ها را به شمار کمتری از دسته‌بندی درآورد و در نهایت، مفهوم کلی که حاصل جمع‌بندی این مقوله‌هاست (تم یا مضمون) حاصل می‌آید (۲۶).

با پیشرفت مطالعه، مصاحبه‌ها بر اساس پرسش‌های ایجاد شده هدایت شد و محقق پرسش‌هایش را بر اساس طبقات برجسته و مهم ایجاد شده جهت می‌داد. تجزیه و تحلیل داده‌ها به صورت تحلیل محتوا انجام شد. به این ترتیب که همه مصاحبه‌ها ضبط

تحقیق سیستماتیک به خصوص در باره چگونگی مراقبت از خانواده در این موقعیت پیچیده انجام نشده است؛ بنابراین، این مطالعه بر آن شده است تا با روش کیفی، تجربه خانواده بیماران مرگ مغزی کاندید درخواست اهدای عضو را از کیفیت خدمات درمانی-مراقبتی درک شده طی فرایند تصمیم‌گیری در باره درخواست اهدای عضو بررسی کند و به این وسیله، نقش و ابعاد کیفیت خدمات درمانی-مراقبتی در تسهیل تصمیم‌گیری و رضایت به اهدای عضو در خانواده بیماران مرگ مغزی تبیین نماید.

## روش‌ها

با توجه به هدف پژوهش، از رویکردهای کیفی که به دنبال درک احساسات و معانی انسانی نهفته در تجارب روزمره زندگی آن‌هاست (۲۳)، با روش تحلیل محتوای استفاده گردید. مشارکت کنندگان تحقیق شامل خانواده بیماران مرگ مغزی کاندید اهدای عضو بود؛ که شامل خانواده‌هایی بود که به اهدای عضو رضایت داده و حداقل ۳ ماه از مرگ بیمارشان گذشته بود و نیز خانواده‌هایی که به این امر رضایت نداده بودند و حداقل ۶ ماه از مرگ بیمارشان گذشته بود. ۵۳ مشارکت کننده در این مطالعه شرکت کردند. از بین آن‌ها، ۱۱ زوج (پدر و مادر) والدین و نیز یک نفر خواهر و ۳ فرد برادر بودند و در مورد متوفیان مرگ مغزی متأهل، در ۹ مورد با همسر و فرزندان آن‌ها نیز مصاحبه شد. مکان مصاحبه با نظر مشارکت کنندگان تعیین می‌شد که اکثراً در منزل آن‌ها بود. به علاوه، با دو پزشک و ۳ پرستار نیز مصاحبه شد. نمونه‌گیری به صورت هدفمند انجام شد. کسانی به عنوان نمونه انتخاب شدند که تجارب زنده مواجهه با مرگ مغزی و اهدای عضو داشتند و تمایل به بازگویی تجارب خود داشتند. مطالعه از تیر ۸۷ تا آذر ۹۰ ادامه یافت.

روش جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه شامل مصاحبه بدون ساختار عمیق با استفاده از پرسش‌های باز و همچنین از روش یادداشت‌های عرصه بود. بر این اساس، ۲۴ مصاحبه چهره به چهره بدون ساختار و عمیق با پرسش‌های باز و ۱۴ مصاحبه تکمیلی (در مجموع ۳۸ مصاحبه) با مشارکت کنندگان در تحقیق انجام شد. مدت زمان هر مصاحبه بین ۱ تا ۳ ساعت متغیر بود. محقق در مصاحبه به موضوعاتی که شرکت کنندگان ابراز می‌کردند گوش داد و ترجیحاً آن‌ها را تشویق می‌نمود تا در باره موضوعی که راجع به آن علاقه کمی دارند نیز صحبت نمایند. تعهد محقق، حفظ حالت «باز بودن» در قبال آنچه دائماً در حال رخ دادن و نیز سانسور نکردن داده‌ها از طریق پیش‌فرض‌ها و پیش‌ذهنیات محقق و تورش‌هایی در گوش دادن و مشاهده کردن و از آن طریق کشف تمایل اصلی شرکت کنندگان در محیط و نیز این که آن‌ها چگونه با مسأله تحت

بود در آن‌ها تنش ایجاد نماید. بنابراین، تسهیلات لازم برای دسترسی همه مشارکت‌کنندگان به مشاور فراهم شد. به منظور کفایت اعتبار یافته‌ها، دست‌نوشته‌ها، مصاحبه‌ها و واحدهای تحلیل همراه با مضامین استخراج شده با استفاده از نظرات تکمیلی همکاران پژوهش و مشارکت‌کنندگان در تحقیق مرور و اصلاحات لازم انجام و نکات پیشنهادی لحاظ شد. به علاوه، دو استاد صاحب‌نظر در زمینه پژوهش‌های کیفی تمام مراحل فرایند مطالعه را نظارت و حسابرسی نمودند. تلفیق روش (مصاحبه و مشاهده) همراه با تلفیق داده (افراد) به معنای مصاحبه با افراد مختلف و حداکثر تنوع در مشارکت‌کنندگان (از لحاظ سن، جنس، سطح اجتماعی، تحصیلات و نسبت با متوفی) نیز انجام شد. تخصیص زمان کافی به مطالعه و مشاهده مداوم محقق، تحلیل همزمان داده‌ها و بازخورد به پژوهش نیز از دیگر عوامل افزایش‌دهنده اعتبار مطالعه بود (۲۶).

یافته‌ها

تجزیه و تحلیل داده‌های مصاحبه و یادداشت در عرصه منجر به ظهور ۶۱۰ کد اولیه و ۱۳ طبقه و ۴ مضمون گشت؛ که شامل: مشاهده و درک کفایت مراقبت و درمان از مصدوم، اهمیت دریافت حمایت عاطفی، ارتباط همدلانه و مؤثر، اطمینان‌بخشی بود. از این ۴ مضمون، مضمون مرکزی «جو انگیزشی تصمیم‌ساز» به عنوان جوهره اصلی مطالعه استخراج گشت (جدول ۲).

و بعد از پایان، بلافاصله هر مصاحبه به همراه ارتباطات غیرکلامی شرکت‌کنندگان مانند گریه، اشک، لبخند، آه و سکوت رونویسی می‌شد. متن مصاحبه‌ها چندین بار خوانده و مرور می‌شد. سپس داده‌ها به واحدهای معنایی (کدها) در قالب بیانی‌های مرتبط با معنای اصلی شکسته شد. واحدهای معنایی نیز چندین بار مرور و سپس بر اساس تشابه مضمونی و معنایی طبقه‌بندی و تا حد امکان کوچک و فشرده شدند. روند تنزل در کاهش داده‌ها در تمام واحدهای تحلیل و طبقات فرعی و اصلی جریان داشت. در نهایت، داده‌ها در طبقه‌های اصلی که کلی‌تر و مضمونی‌تر بود، قرار گرفتند؛ و در نهایت، تم‌ها انتزاع شدند. هر بار تغییرات لازم در باره محتوا و نام طبقه - که باید گویای محتوای آن باشد - داده شد. جریان تجزیه و تحلیل با اضافه شدن هر مصاحبه تکرار و طبقات اصلاح می‌شدند. بیانات غیرمرتبط با مطالعه در هر مصاحبه حذف شد.

مجوز اخلاقی انجام تحقیق به تأیید کمیته اخلاق تحقیقات پزشکی دانشگاه تربیت مدرس رسید. رضایت‌نامه‌ای کتبی به منظور شرکت آگاهانه و رضایت‌مندانانه مشارکت‌کنندگان تهیه شد؛ که پس از توضیح مختصر و روشن در مورد پژوهش، فرم رضایت‌نامه توسط مشارکت‌کنندگان تکمیل و امضا شد. به علاوه، هدف استفاده از ضبط صوت به آن‌ها گفته شد. به منظور ضبط گفته‌های شرکت‌کنندگان از آن‌ها اجازه گرفته می‌شد و به آن‌ها اطمینان داده شد که گفته‌های آن‌ها به صورت محرمانه حفظ می‌شود و در اختیار کسی به جز محقق قرار نمی‌گیرد. به علاوه، با توجه به این که مصاحبه با خانواده‌های سوگوار ممکن

جدول ۱: نمونه‌ای از یک نقل‌قول به همراه واحدهای معنایی آن

واحدهای معنایی	داستان
✓ اهمیت ارتباط غیرکلامی مراقبین با خانواده	"من می‌دونم که در ارتباط با افراد، فقط نباید به زبان آن‌ها توجه کرد. تمام اعضا و جوارح افراد با شما حرف می‌زنند. با یک دست دادن آدم می‌فهمد که طرف مقابلش چه حس و چه نیتی داره... حرکات صورت، چشم، ابرو، همه با آدم حرف می‌زنن... آدم کاملاً حس می‌کنه که طرف مقابلش غیر از این که بخواد کار حرفه‌ای انجام بده کاملاً درگیر مشکل شما شده؛ حتی اشکی که در چشمانش حلقه زده با آدم حرف می‌زنه. حتی نوع خداحافظی‌ش... از میون صحبتاش می‌شه حس اونو نسبت به ماجرابی که برات پیش اومده و احساس همدردی و همراهیش احساس کرد... "من نیاز به توجه و مراقبت اون‌ها داشتم؛ من نیاز داشتم که اون‌ها با من تو اون شرایط سخت بتونن یک ارتباط درست برقرار کنن، اما... این برخوردهای بی‌روح و سرد بر روحیه و افکار من تأثیر گذاشت. من به اون‌ها اعتماد نکردم" (شرکت‌کننده رضایت نداده ۶)
✓ اهمیت حرکات چهره مراقبین	
✓ اهمیت حس همدلی با خانواده	
✓ همدلی فراتر از انجام وظایف مراقبتی صرف	
✓ اهمیت تون صدا و نحوه بیان کلمات	
✓ اهمیت احساس همدلی و همدردی با خانواده	
✓ نیاز به توجه و مراقبت	
✓ نیاز به برقراری ارتباط صحیح در شرایط سخت درخواست اهدای عضو	
✓ تأثیر ارتباط نادرست بر روحیه و افکار خانواده	
✓ برخورد سرد و بی‌روح با خانواده به عنوان ارتباط نادرست	
✓ بی‌اعتمادی منتج از ارتباط نادرست	

جدول ۲: طبقات حاصله به همراه مضامین مطالعه

مضمون اصلی مطالعه	مضامین	طبقات
جو انگیزشی تصمیم‌ساز	مشاهده و درک کفایت مراقبت و درمان از مصدوم	تأثر و آسیب عاطفی در مقابل خشنودی و آرامش اعتماد در مقابل بی‌اعتمادی به تیم درمانی مراقبتی رضایت در مقابل عدم رضایت به اهدا
	اهمیت دریافت حمایت عاطفی	خبر نامتعارف مرگ مغزی همدلی در درخواست اهدا لحظات جانکاه برداشتن عضو تنش‌های اعلام تصمیم
	ارتباط همدلانه و مؤثر	جلب اعتماد و تصمیم به اهدا تسهیل مواجهه و پذیرش تضاد احساسی از ارتباطات دوجبهی
	اطمینان بخشی	اطمینان بخشی از صحت تشخیص مرگ مغزی اطمینان بخشی از عدم منع شرعی اهدا اهمیت دسترسی، مشاوره و ارائه اطلاعات

راهرو؛ نه مراقبتی نه رفت و نه آمدی... هیچکس پاسخگوی ما نبود... (رضایت داده ۲)

اکثر خانواده‌های «رضایت نداده» این تفکر غفلت و کوتاهی در حق بیمارشان را عاملی در جهت نشان دادن واکنش منفی به درخواست اهدا ذکر می‌کردند.

"دکتر! پرستاراش ازش خوب مراقبت نمی‌کردن... پدرم سیاه شده بود؛ سروصدا می‌کردم؛ اما هیچکس توجهی نمی‌کرد؛ نه پزشک و نه پرستار رسیدگی نمی‌کردن... نه این که مراقبت‌شون خیلی خوب بود که خیلی راحت انتظار داشتن بیایم اهدا هم بکنیم؛ من که وقتی مسأله اهدا وسط اومد واقعاً عصبانی شدم..." (رضایت نداده ۱)

همه خانواده‌ها بر احساس تسلی و آرامش بیشتر در صورت دریافت مراقبت بهتر از فرد متوفی قبل از وقوع مرگ مغزی تأکید کردند و رضایت از مراقبت پرستاران از بیمارشان را بر ایجاد احساس خشنودی و آرامش بعد از مرگ بیمار مؤثر ذکر می‌کردند.

- اعتماد در مقابل بی‌اعتمادی به تیم درمانی مراقبتی: مشاهده به خصوص مراقبت ناکافی از مصدوم باعث عدم اطمینان به تیم درمانی در خانواده‌های «رضایت نداده» شده بود و علی‌رغم اطمینان پزشکان به خانواده از حداکثر تلاش انجام شده در بهبود بیمار خانواده‌ها به تیم درمانی بی‌اعتماد بودند. آن‌ها معتقد بودند بی‌اعتمادی به تیم پزشکی و پرستاری در عدم باور مرگ مغزی و واکنش منفی به درخواست اهدا مؤثر بوده است.

"پدرم هنوز نفس می‌کشید، زنده بود؛ ولی اومدیم دیدیم لوله بینی‌ش دراومده و سِرْم دستش سوراخ شده و ملافه‌ش هم خیس خیس شده بود. شما خودتونو بذارین جای ما... شما بودین

مضمون ۱: تأثیر مشاهده و درک کفایت مراقبت و درمان از بیمار

به معنی تأثیر اطمینان قلبی خانواده از مشاهده درمان و مراقبت‌های کافی و تخصصی ارایه شده به بیمار قبل از رخداد مرگ مغزی وی بود؛ که تأثیر به‌سزایی در رضایت از تیم درمانی و مراقبتی و جلب اعتماد خانواده و نیز در تسریع و جهت‌دهی تصمیم در باره اهدای عضو داشت. اطمینان خانواده از دریافت مراقبت صحیح و درمان کافی، عامل مهمی در تسهیل تصمیم‌گیری خانواده و اعتماد آن‌ها به تیم می‌باشد و از طرف دیگر، بر مبنای تجربیات خانواده‌ها عامل مهمی در کاهش تنش‌هایی منفی و کشمکش‌های ذهنی ناشی از احساس عدم رسیدگی کافی به مصدوم و احساس گناه بعد از مرگ بیمار بود. این مضمون دارای ۳ طبقه: تأثر و آسیب عاطفی در مقابل خشنودی و آرامش، اعتماد در مقابل بی‌اعتمادی به تیم درمانی مراقبتی و رضایت در مقابل عدم رضایت به اهدا بود.

- تأثر و آسیب عاطفی در مقابل خشنودی و آرامش: بعضی از خانواده‌ها چه «رضایت داده» و چه «رضایت نداده» به دلیل تفکر عدم ارایه مراقبت لازم به مصدوم توسط تیم مراقبتی دچار تأثر و آسیب عاطفی شده بودند و اعتقاد شدیدی به کوتاهی و غفلت تیم مراقبتی و درمانی در مراقبت و درمان از بیمارشان داشتند.

"متأسفانه اون روز که ما برده بودیمش بیمارستان، تو سالن خوابوندنش؛ من فکر می‌کنم اگه همون ابتدا بچه رو یه بیمارستان مجهز منتقل می‌کردم زنده می‌موند... چون اونجا تحت مراقبت ویژه قرارش می‌دادن و اون اینقدر ضریب هوشی‌ش پایین نمیومد، متأسفانه بچه رو گذاشته بودن وسط

مضمون ۲: اهمیت دریافت حمایت عاطفی

به معنی لزوم توجه به مسایل عاطفی و روانی خانواده و نیز ابراز همدردی و همدلی با خانواده بود. این مضمون دارای چهار طبقه: خبر نامتعارف مرگ مغزی، همدلی در درخواست اهدا، لحظات جانکاه برداشتن عضو و تنش‌های اعلام تصمیم بود.

خبر نامتعارف مرگ مغزی: حمایت عاطفی و روانی یکی از عمده‌ترین مراقبت‌هایی بود که به کرات توسط خانواده‌ها ابراز می‌شد و درک و تجربه آن تأثیر به‌سزایی در واکنش خانواده به درخواست اهدای عضو و فرایند تصمیم‌گیری ایفا می‌کرد. حمایت هنگام دادن اطلاع خبر مرگ مغزی و نیز درخواست اهدای عضو به صورت یک نیاز اساسی از طرف خانواده‌ها ابراز می‌شد. آن‌ها انتظار حمایت روانی و عاطفی از طرف تیم مراقبت به خصوص پزشک اعلام‌کننده مرگ مغزی و نیز پزشک درخواست‌کننده را داشتند. به علاوه، خواستار حضور روان‌شناس، روحانی و نیز گروه‌های هم‌تا هنگام دادن خبر مرگ مغزی به خانواده بودند. عدم حمایت عاطفی از خانواده به عنوان یکی از شکایات و نیز یکی از تجربیات منفی و دردناک و نیاز اساسی برآورده نشده از طرف بعضی از خانواده‌ها بیان شد.

"من از دو نکته اطلاع از مرگ مغزی فرزندم گله دارم؛ صراحت و سرعت (با تأکید). یک پرنده که می‌میره آدم به بچه خودش با کلی مقدمه چینی می‌گه؛ شاید در رفته باشه و هزار تا شاید و باید دیگه... مگه چند ساعت از این قضیه می‌گذشت؟ فقط ۱۲ ساعت بود که بچه من بستری شده بود... اما دکتر بدون هیچ عاطفه و احساسی به من گفت که همه سلول‌هایش از بین رفته... بدون این که بخواد شرایط روحی منو در نظر بگیره... بدون این که بخواد خودشو جای من بذاره که داره در باره بچه‌ی یک نفر اونم بچه‌ای که داره نفس می‌کشه و قلبش می‌زنه ولو با دستگاه حرف می‌زنه... بچه‌ای که از دید من هنوز زنده بود؛ اگر چه با دستگاه... -اشک و هق‌هق گریه- اما اون بدون هیچ مقدمه و احساسی گفت با مرده هیچ فرقی نداره" (شرکت‌کننده رضایت نداده ۵).

همدلی در درخواست اهدا: همدلی به عنوان یکی از انتظارات اساسی خانواده‌ها از تیم بیان‌گشت، همدلی و نیز همدردی باعث می‌شد خانواده احساس نماید که از طرف تیم مورد حمایت عاطفی است، افراد تیم او را درک و شرایط وی را در نظر می‌گیرند. بنابراین، این مسأله باعث کاهش تنش و تصمیم‌گیری راحت‌تر آن‌ها در جهت رضایت به اهدای عضو می‌شد.

"وقتی می‌دیدم پرستار و دکتر شاید نه به اندازه من ولی اونا هم با تموم وجودشون می‌خواستن بچه من زنده بمونه و الانم اونا هم ازین مسأله غمگین و ناراحتن، نمی‌دونم چی، ولی

به حرف همچین آدمایی اعتماد می‌کردین و تا می‌گفتن بیان اعضا شو اهدا کنین قبول می‌کردین؟؟..." (رضایت نداده ۳)

بالعکس، مشاهده آرایه مراقبت کافی از بیمار باعث اطمینان خانواده به اعضای تیم و باور و پذیرش واقعیت در مواجهه با خبر مرگ مغزی و درخواست اهدا شده بود.

"پرستار و پرسنل دخترمو قشنگ جابجا می‌کردن... یک خانوم پرستار باردار بود، با اون وضعش می‌بومد دخترمو جابجا می‌کرد... پشتشو ماساژ می‌داد... و بهم می‌گفت مثلاً اینکارا رو انجام بده، اینکارا رو انجام نده... راهنماییم می‌کرد... خیلی دکترها و پرستارای خوبی بودند... وقتی این همه درک و رسیدگی رو می‌دیدم منم به حرفاشون گوش می‌کردم و هر چی بهم می‌گفتن و قبول می‌کردم؛ حتی وقتی بهم گفتن بجهت مرگ مغزی شده می‌دونستیم که دارن درست می‌گن... بهشون اعتماد کامل داشتم..." (رضایت داده ۶)

- رضایت در مقابل عدم رضایت به اهدا: بسیاری از خانواده‌های «رضایت نداده» بر تأثیر شرایط بد مراقبت و درمان بیمار بر تصمیم به عدم رضایت اذعان نمودند. آن‌ها به دنبال احساس قصور تیم درمانی در مراقبت و درمان بیمار به اهدای عضو رضایت نداده بودند و در واقع، عدم رضایت به اهدا به دنبال عدم رضایت از تیم درمانی در آن‌ها شکل گرفته بود. در بعضی از خانواده‌ها، مشاهده عدم رسیدگی کافی پرستاران به بیمار بر عدم رضایت آن‌ها به اهدا تأثیر مستقیم داشت.

"شخص من فقط و فقط به این دلیل رضایت ندادم که از رسیدگی نکردن به برادرم شک می‌کردم؛ یعنی اگه واقعاً می‌دیدم که برایش دل سوزونده بودن و مثل برادر و کس و کار خودشون ارزش مراقبت می‌کردن رضایت می‌دادم و همه رو هم راضی می‌کردم ولی واقعاً بهش نمی‌رسیدن؛ اینه که قبول نکردم..." (رضایت نداده ۸).

از طرف دیگر، مشاهده مراقبت مطلوب از دیدگاه خانواده بر مواجهه و تصمیم آن‌ها به اهدا تأثیر مثبت داشت. خانواده‌ها اذعان کردند که اطمینان از حداکثر تلاش پرستاران و پزشکان در درمان و مراقبت از بیمار و نیز اطمینان از بهترین سرویس و خدمات آرایه شده به مصدوم بر پذیرش مرگ مغزی و رضایت به اهدا تأثیر داشته است.

"با چشم خودم دیدم که هرکاری که باید انجام می‌شده انجام شده و دیگه از دست هیچکس در هیچ جای دنیا کاری بر نمی‌یاد... دیدم که دکترش و پرستارها چقدر برایش زحمت می‌کشیدن؛ اما قسمت نبود بمونه؛ اینطوری شد که مرگ‌شو باور کردم و تصمیم اهدای اعضا شو گرفتم. اگه غیر این بود هیچوقت حتی بهش -اهدا- فکر نمی‌کردم..." (شرکت‌کننده رضایت داده ۱۰).

عمل یا درد کشیدن وی حین عمل و غم حاصل از تصور ندیدن بیمار یا حتی با همان وضعیت قبلی و با قلب زنده تشدید می‌گردید. آن‌ها خواستار کاهش دادن فاصله زمانی بین اعلام تصمیم و آماده ساختن مصدوم مرگ مغزی بچ منظور انتقال به اتاق عمل و نیز زمان عمل بودند و آن را عامل مهمی برای کاهش تأثیرات روحی خانواده ذکر می‌کردند. آن‌ها نیاز به حمایت روحی و روانی فراوان در این زمان پرتنش داشتند.

"پدر مادرا اکثراً تو اون لحظه فکر می‌کنن بچه‌شون تکه‌پاره می‌شه و این تصمیم‌گیری رو سخت می‌کنه... یک اتفاقی که برای من خیلی رنجش خاطر داشت از زمانی که بعد از ظهر من تصمیم گرفتم تا زمانی که پیوند و انجام دادن ۲۴ ساعت طول کشید، این زمان برای من خیلی سخت گذشت... گریه با صدای کاملاً بلند... این ۲۴ ساعت به من خیلی سخت گذشت... با گریه... هر لحظه فکر می‌کردم بچه‌م برمی‌گرده و من رضایت دادم... گریه... اگه بشه این زمان و کم کنن... سریع به هم بگردن..." (شرکت کننده رضایت داده ۲)

#### مضمون ۳: ارتباط همدلانه و مؤثر

کیفیت ارتباط و برقراری ارتباط مؤثر و برخورد مناسب بخصوص طی دوران بستری مصدوم در بخش و بعد از اطلاع از مرگ مغزی و درخواست اهدا از جمله تحریکاتی بود که همه خانواده‌ها به آن اشاره کردند و آن را عاملی بسیار اساسی در انگیزش خانواده‌ها به سمت موافقت به درخواست اهدا ذکر کردند. آنها ارتباط مناسب و مبتنی بر احترام و همدلی همراه با توجه به نیازهای مراقبتی بیمار را یکی از مهمترین ابعاد حمایت‌های انگیزشی روانی و عاطفی خود در آن موقعیت پیچیده ذکر کردند. در واقع، ارتباط همانند پلی بین خانواده و تیم عمل می‌کرد و به نوعی تسریع کننده و جهت‌دهنده به تصمیم بود. عمده خانواده‌های ناراضی از وجود ارتباط نامناسب با آن‌ها گلایه داشتند و آن را عاملی به منظور بی‌اعتمادی به تیم ذکر می‌کردند.

"تنها چیزی که من می‌خواستم برخورد خوب و ارتباط بود... ارتباط خوب از همه چی مهمتر و بهتره" (شرکت کننده رضایت داده ۱).

این مضمون دارای سه طبقه "جلب اعتماد و تصمیم به اهدا، تسهیل مواجهه و پذیرش، تضاد احساسی از ارتباطات دوجبهی" بود.

جلب اعتماد و تصمیم به اهدا: همه خانواده‌ها خواهان برقراری ارتباط با پرستاران و پزشک معالج به خصوص طی دوران بستری مصدوم و قبل از رخداد مرگ مغزی بودند و آن را عامل مثبت و مهمی در جلب اعتماد به تیم، پذیرش و باور مرگ

راستش همه این عوامل دست به دست هم داد تا منو به سمت تصمیم به اهدا هول بده... (شرکت کننده رضایت داده ۱۱).  
خانواده‌هایی که این همدلی را دریافت کرده بودند احساسی مثبت ابراز می‌کردند و از آن خشنود بودند و آن را عاملی مؤثر بر جلب اطمینان خانواده و آرامش خاطر در لحظات طاقت‌فرسای فرآیند ذکر می‌کردند.

"وقتی آقای دکتر... خبر مرگ مغزی پسرمو داد انگار خودش بنده خدا حالش از من بدتره. همیشه با خودم می‌گم نکنه خودشم قبلاً بچه‌شو از دست داده بود که همچون حالی داشت خیلی... خیلی ناراحت بود؛ بغض گلوشو گرفته بود؛ بهم گفت اگه برا نجات جون پسر قرار بود با چنگ و دندون از خونه تا بیمارستان پیام این کارو می‌کردم؛ ولی خدا می‌دونه که هیچ کاری از دست من ساخته نیست، خدا خیرش بده؛ خیلی آدم خوبی بود؛ یک اطمینان و یک آسودگی خیالی بهم دست داد؛ دیگه ما هرکاری می‌تونستیم انجام داده بودیم..." (شرکت کننده رضایت داده ۱۳).

تنش‌های اعلام تصمیم: بعضی از خانواده‌ها هنگام اعلام تصمیم نهایی، تنش بسیار زیادی تجربه کرده بودند. آن‌ها به علت تصمیمی که گرفته بودند احساسات دوگانه و متعارض نجات زندگی دیگران و کمک به ختم زندگی فرد را تجربه کرده بودند. همچنین بعضی از خانواده‌ها به تجربه احساسات و کشمکش‌های ذهنی چون کشتن (ذبح) فرزند با رضایت به اهدا و از بین بردن زندگی وی به منظور نجات زندگی دیگران، تعارض و تنش بسیار شدید بین احساس نجات جان فرزند با وجود امید اندک به بهبود وی به منظور نجات زندگی سایرین، احساس ناراضی و ناراحتی از عمل تکه‌تکه شدن بدن با وجود زنده بودن قلب و در عین حال، احساس خرسندی و خوشحالی از امکان نجات سایرین، هنگام اعلام موافقت به اهدا اذعان کردند. این لحظات بسیار تلخ، دشوار و غیرقابل تحمل توصیف شد. آن‌ها از عدم حضور اعضای تیم درمانی و مراقبتی در کنار آن‌ها و عدم دریافت همدلی و حمایت از آن‌ها در این زمان‌های بسیار پرتنش شاکی بودند.

- "اون لحظه خیلی سخته؛ باید یکی باشه اون موقع از آدم حمایت کنه... هیچ‌کس نبود... به ما خیلی سخت گذشت..." (رضایت داده ۲).

لحظات جانکاه برداشتن عضو: یکی از طاقت‌فرساترین و دشوارترین زمان فرآیند اهدای عضو، فاصله زمانی بین اعلام رضایت و انتقال عزیز مرگ مغزی خانواده به اتاق عمل برای اهدا ذکر شد. همه خانواده استرس و تنش بسیار شدید در این فاصله زمانی تجربه کرده بودند. شدت تأثیر و دشواری به دلیل فکر احتمال برگشت، تصور تکه‌تکه شدن فرزند دل‌بند در اتاق

مغزی، تسهیل و تسریع تصمیم‌گیری و هدایت تصمیم به سمت رضایت ذکر می‌کردند.

"اون لحظه آدم به یه برخورد آروم و مطمئن یه نگاه صمیمی و همدل پزشکا یا پرستار احتیاج داره... همه اینا دست به دست هم می‌دن تا آدم راحت‌تر- مرگ مغزی و تصمیم به اهدا رو- قبول کنه... اگه اونا برخورد خوبی نداشته باشن آدم وازده می‌شه؛ نه این که آدم از تصمیم وازده بشه؛ نه، آدم دلخور می‌شه؛ ولی به هر حال، برخورد اوت اثر داره، یا لذت از این کار نمی‌بری" (شرکت کننده رضایت داده ۵).

تسهیل مواجهه و پذیرش: ارتباط و برخورد مناسب پزشکان و پرستاران با خانواده تأثیری مثبت بر روحیه و همکاری خانواده داشت. ضمن این که باعث ایجاد اطمینان در خانواده از حداکثر تلاش تیم در مراقبت و درمان بیمار و نیز رفع نگرانی از احتمال بهبود و کوتاهی در بهبود بیمار شده بود. از طرف دیگر، برخورد نامناسب کارکنان باعث عدم اعتماد خانواده‌ها به تیم درمانی و مراقبتی شده بود؛ ضمن این که این مسأله بر احساسات منتج از اهدا نیز تأثیری منفی گذاشته بود.

"من نیاز به توجه و مراقبت اون‌ها داشتم؛ من نیاز داشتم که اون‌ها با من تو اون شرایط سخت بتونن یک ارتباط درست برقرار کنن؛ اما... این برخوردهای بی‌روح و سرد بر روحیه و افکار من تأثیر گذاشت، من به اون‌ها اعتماد نکردم" (شرکت کننده رضایت نداده ۵).

"درد خودم یک طرف، برخورد سرد و بد اون آقای دکتر هم یک طرف دیگه... نمکی بود که روی زخمم پاشیده شده بود... گریه با صدای بلند... هنوزم که یادم می‌یاد احساس دل‌شکستگی می‌کنم... اشک" (شرکت کننده رضایت داده ۶).

به علاوه، خانواده‌ها برقراری ارتباط با پزشک معالج بیمار طی دوران بستری بیمار و آگاهی از وضعیت بیمار را یکی از مهمترین عوامل انگیزشی در تصمیم‌گیری و جلب رضایت خود ذکر کردند. اغلب خانواده‌های «رضایت نداده» از این که طی دوره بستری بیمارشان با پزشک معالج ارتباط چندانی نداشته‌اند، ناراحت و معترض بودند و آن را به عنوان یک مراقبت حمایتی مهم و برآورده نشده قلمداد می‌کردند. عدم ارتباط با پزشک معالج طی دوران بستری و قبل از وقوع مرگ مغزی با خانواده بر عدم پذیرش مرگ مغزی و عدم اعتماد به تیم و تشخیص آن‌ها و در نتیجه، عدم رضایت به اهدا تأثیر داشت.

"چطور می‌تونستم به تشخیص کسی اطمینان کنم که تا اون لحظه حتی باهاش صحبت نکرده بودم... خدا می‌دونه چقدر منتظرش می‌موندم تا بیاد و برام از وضعیت پدرم توضیح بده..." (شرکت کننده رضایت نداده ۳).

تضاد احساسی از ارتباطات دوجبه‌ای: بعضی خانواده‌ها ابراز می‌کردند که بعد از درخواست اهدا و نیز اعلام تصمیم به تیم، رفتار کارکنان با آن‌ها تغییر کرده و بهتر می‌شده است (احترام بیشتر و پاسخ مثبت به درخواست‌هایی نظیر دیدن و ملاقات بیمار). خانواده بیماران راضی از این برخورد احساس بهتری داشتند؛ ولی در دو خانواده ناراضی احساس منفی استفاده ابزاری تیم از آن‌ها در جهت نیل به هدف جلب رضایت شکل گرفته بود.

"جالبه که تا قبل از این که مسأله درخواست و مطرح کنن آدم نمی‌تونه دو کلمه باهاشون حرف بزنه... حتی اجازه نمی‌دن بیمارمونو از نزدیک ملاقات کنیم؛ اما تا اسم اهدای عضو می‌یاد بیهو همه چی عوض می‌شه. همه مهربون می‌شن و خوش‌برخورد و با مهربانی بهت اجازه می‌دن بری مریضتو ببینی. خب اسم این چیزی جز استفاده ابزاری هست؟" (شرکت کننده رضایت نداده ۷).

#### مضمون ۴: اطمینان‌بخشی

به معنی دادن اطمینان به خانواده از طریق ارائه اطلاعات کافی و درست از طرف تیم درمانی و مراقبتی به خصوص پزشک معالج و پزشک درخواست کننده قبل و نیز همان لحظات اولیه درخواست اهدای عضو بود. این مضمون دارای چهار طبقه "اطمینان‌بخشی از صحت تشخیص مرگ مغزی"، "اطمینان‌بخشی از عدم منع شرعی اهدا"، "اهمیت دسترسی، مشاوره و ارائه اطلاعات" بود.

اطمینان‌بخشی از صحت تشخیص مرگ مغزی: عمده‌ترین اطلاعات حمایتی و انگیزشی ضروری برای خانواده، اطلاعات مرتبط با مضمون مرگ مغزی و برگشت‌ناپذیری آن با توجه به مشاهده تنفس ظاهری و ضربان قلب بیمار بود. خانواده‌ها بر تأثیر به‌سزای ارائه شفاف، واضح و قابل فهم اطلاعات مرتبط با برگشت‌ناپذیری قطعی و نیز اطمینان از عدم درمان مرگ مغزی و بهبود یا برگشت بیمار و نیز چگونگی و مراحل تأیید مرگ مغزی در تسهیل و تسریع تصمیم‌گیری تأکید داشتند.

"دخترم آروم داشت نفس می‌کشید؛ حتی ظاهرش هم طبیعی بود، هیچ زخمی رو بدنش نداشت، نمی‌تونستم درک کنم این مرگ مغزی که این می‌گن یعنی چی؟ از حرفای دکترم هیچی سردر نمی‌آوردم. من الانم اعتقادی به این مضمون ندارم..." (شرکت کننده رضایت نداده ۹).

اطمینان‌بخشی از عدم منع شرعی اهدا: بعضی از خانواده‌ها اعلام کردند ارائه اطمینان از عدم منع شرعی اهدا و نیز اطلاعاتی در باره وضعیت بیماری و زندگی گیرندگان اعضا در لحظه درخواست اهدای عضو بر تصمیم آن‌ها به اهدای عضو تأثیر مثبت داشته است.



انگیزاننده مهمی بخ منظور تصمیم به موافقت با درخواست اهدای عضو بیان نمودند. بالعکس، فراهم نبودن حمایت‌های انگیزشی عاملی بود که به خصوص خانواده‌های «رضایت نداده» به کرات آن را عاملی برای افزایش تناقضات و ابهامات و نیز ردّ فوری درخواست اهدا ذکر می‌کردند. بنابراین، بررسی و واکاوی عمیق مضامین حاصل از مطالعه، نشان‌دهنده نقش تیم حرفه‌ای سلامت در کمک به عبور ایمن خانواده از فرآیند سخت و پیچیده تصمیم‌گیری در باره اهدای عضو داشت؛ که این امر از طریق فراهم آوردن شرایطی توسط اعضای تیم درمانی و مراقبتی مهیا می‌شد؛ که در آن شرایط به دنبال مواجهه خانواده با خبر مرگ مغزی و درخواست اهدا از خانواده حمایت به عمل آمده و به دنبال آن، تصمیم‌گیری واضح‌تر و با بینشی عمیق‌تر توسط خانواده انجام می‌پذیرفت. بنابراین، این مضامین در مفهومی انتزاعی‌تر تحت عنوان «جوّ انگیزشی تصمیم‌ساز» قرار داده شد. در واقع، وجود حمایت‌های ارایه شده به خانواده طی فرآیند درخواست اهدای عضو، حکایت از وجود جوّ حرفه‌ای دارد؛ که در آن، جوّ به انگیزش خانواده به منظور موافقت به اهدای عضو و یا به عبارتی، به تصمیم‌سازی خانواده کمک می‌شود. بالعکس، فراهم نبودن جوّ انگیزشی مناسب در روند و نتیجه تصمیم‌سازی ممکن است اثر معکوس به جای بگذارد؛ که نتیجه آن، با تأثر و آسیب عاطفی، بی‌اعتمادی به تیم، تضاد، ابهام، تعارض و در نهایت، با عدم رضایت به اهدای عضو مشخص می‌شود.

### بحث

نتایج مطالعه حاضر مضمون اصلی «جوّ انگیزشی تصمیم‌ساز» با ابعاد حمایت عاطفی؛ ارتباط همدلانه و مؤثر و اطمینان‌بخشی را نمایانگر ساخت؛ که می‌تواند نشانگر تأثیر کیفیت خدمات مراقبتی و درمانی ارایه شده به خانواده و مصدوم مرگ مغزی بر تسهیل تصمیم‌گیری خانواده و رضایت آن‌ها به اهدای عضو باشد. این مضمون در بسیاری از مطالعات نیز به عنوان عاملی تأثیرگذار و جهت‌دهنده بر تصمیم خانواده هنگام مواجهه با درخواست اهدای عضو معرفی شده است. مضامین حمایت عاطفی، ارتباط و ارایه اطلاعات (که یکی از ابعاد مضمون اطمینان‌بخشی بود) مضامینی هستند که در مطالعات مختلف که در کشورهای مختلف انجام شده است، ظهور پیدا کرده است. اگر چه به مضامین مذکور در مطالعات مرور شده به طور کلی و بدون معرفی و ارایه ابعاد، ویژگی‌ها یا زیرطبقاتی در مطالعه ما ظاهر شده، پرداخته شده است.

مضمون حمایت عاطفی در راستای نتایج محققین سایر مطالعات بود و در مطالعات کیفی زیادی ظاهر شده بود و نیز به آن در متون و مقالات متعدد اشارات مفصل شده بود. به عنوان مثال،

"ما خانواده مذهبی هستیم؛ برای ما خیلی مهم بود که قبل از هر توضیح و تفصیلی در باره اهدا بدونیم از نظر شرعی این مسأله اشکالی داره یا نه...!" (رضایت داده ۱۴).

اهمیت دسترسی، مشاوره و ارایه اطلاعات: خانواده‌ها به اهمیت دسترسی و مشاوره‌های متعدد با پزشک معالج و نیز پزشک درخواست کننده به عنوان یکی دیگر از عوامل مؤثر در پذیرش واقعیت مرگ مغزی و تسهیل مواجهه با درخواست اهدای عضو عزیزشان دانستند.

"خیلی دوست داشتم با دکترش چند بار دیگه هم صحبت کنم؛ اون روزا این برای ما یک اولویت خیلی مهم بود؛ می‌خواستیم خیال مونو راحت کنه؛ یعنی چه جور بگم، می‌خواستیم واقعاً به ما ثابت کنه که کارش -تشخیصش- درسته و اون دیگه برنمی‌گرده... فقط این طوری بود که می‌تونستیم به اهدای عضو فکر کنیم..." (رضایت نداده ۱۰).

خانواده‌ها تأکید داشتند که مشاوره با خانواده بایستی قبل از رخداد مرگ مغزی انجام شود. در واقع، ملاقات خانواده با پرستار و پزشک بیمار و اطلاع درست از وضعیت بیمار و پیش‌آگهی بیماری می‌توانست فرصتی برای جلب اعتماد خانواده به تیم درمانی مراقبتی و پذیرش بهتر مرگ مغزی و مواجهه با درخواست اهدا باشد. به علاوه، عدم توضیح پیش‌آگهی و وضعیت وخیم بیمار توسط پزشک معالج قبل از مرگ مغزی به خانواده نیز به عنوان یک عاملی بود که باعث ایجاد شوک و ناباوری و در نتیجه، عدم باور مرگ مغزی و واکنش منفی نسبت به درخواست اهدا گردیده بود.

"وقتی گفتن پدرم مرگ مغزی شده شوکه شدم... هیچی نمی‌فهمیدم؛ اصلاً باورم نمی‌شد؛ دکترش گفته بود حالش زیاد خوب نیست، اما هیچ وقت به ما نگفته بود تا این حد بد که ممکنه حتی یک درصد فوت کنه... کاش به ما واقعیت گفته بود... من هنوزم باورم نمی‌شه پدرم نیست... وقتی در مورد اهدا بهمون گفتن خیلی عصبانی شدم... خیلی... اونقدر که دلم می‌خواست بیمارستان و رو سرم خراب کنم..." (شرکت کننده رضایت نداده ۱).

مضمون اصلی مطالعه: جوّ انگیزشی تصمیم‌ساز

داده‌های مطالعه در کل بیانگر این نکته است که یکی از مهمترین عوامل تسهیل کننده تصمیم‌گیری خانواده در باره اهدای عضو عزیز مرگ مغزی خود، دریافت انواع حمایت‌های انگیزشی است که آن‌ها طی دوران بستری، حین و حتی بعد از درخواست اهدای عضو از تیم مراقبتی و درمانی دریافت کرده بودند. همه خانواده‌ها بدون استثناء به تأثیر انواع حمایت‌های دریافتی از طرف تیم مراقبتی و درمانی بر تسهیل مواجهه با مرگ مغزی و درخواست اهدای عضو اشاره کردند و آن را عامل

مطالعه سانر (۲۰۰۷) نشان داد دریافت حمایت عاطفی از تیم مراقبتی باعث رویارویی منطقی خانواده با درخواست اهدای عضو می‌گردد. در این مطالعه، اطمینان دادن به خانواده توسط کارکنان مراقبتی و نیز اطلاعات ارایه شده به آن‌ها توسط پزشک در پذیرش درخواست اهدای عضو کمک کرده بود (۲۷). در مطالعه لانگ و همکاران (۲۰۰۳) تحلیل محتوای کیفی نشان داد که مهمترین ابعاد حمایت از خانواده در مواجهه با درخواست اهدای عضو، ارایه اطلاعات با محتوا و روش‌های مناسب به آن‌ها توسط تیم مراقبتی و نیز برقراری ارتباط بهتر با آن‌ها در این موقعیت است (۲۸). مطالعه بلوک و همکاران طی سال‌های ۱۹۹۵-۲۰۰۰ که تجربه خانواده‌های «رضایت داده» را قبل و حین و بعد از اهدا با استفاده از پرسشنامه بررسی می‌کرد، نشان داد که اکثر خانواده‌ها به حوادث و رخدادهایی که به دنبال حادثه منجر به مرگ مغزی در بیمارستان رخ داده بود با رضایت نگاه می‌کردند و علت عمدۀ رضایت، متأثر از روشی بود که خبر مرگ مغزی به خانواده داده شده بود و نیز مراقبت‌های بعد از سوگی که دریافت کرده بودند. مهمترین و حساس‌ترین زمان در لحظات رضایت به اهدا، لحظه‌ای بود که بستگان با بیمار مرگ مغزی خود خداحافظی کرده بودند (۲۹). این مطالعه دو نکته تمایز با مطالعه ما داشت که یکی برخلاف مطالعه ما رضایت اکثریت خانواده‌ها از وقایع بیمارستان و مواجهه با خبر مرگ مغزی و درخواست اهدای عضو می‌باشد و دیگری، دشوارترین لحظه در مطالعه ما لحظه انتقال بیمار به اتاق عمل و لحظات عمل اهدا بود؛ که تعارضات و آشفتگی‌های ذهنی خانواده بیشتر نمایان می‌شد و نمایانگر مراقبت‌های ارایه نشده به آن‌ها در زمینه دریافت اطلاعات بیشتر، حمایت عاطفی و دریافت انواع روش‌های اطمینان‌بخشی در این لحظات سخت و طاقت‌فرسا بود.

در مطالعه تانگ و همکاران (۲۰۰۶) در هنگ کنگ نیز ارایه اطلاعات و حمایت عاطفی از خانواده طی و بعد از اهدا به عنوان مهمترین ابعاد حمایت از خانواده شناخته شد (۳۰).

نتایج مطالعه کسلرینگ (۲۰۰۷) نیز نشان داد که اطمینان‌بخشی به خانواده به خصوص از طریق مشاوره و ارایه اطلاعات به خصوص در رابطه با مفهوم مرگ مغزی بسیار ضروری است و با توجه به این که خانواده در زمان اطلاع از مرگ مغزی از نظر عاطفی و شناختی به شدت صدمه دیده‌اند؛ بنابراین، ارایه اطلاعات به تنهایی کافی نیست؛ بلکه چگونگی ارایه محتوای اطلاعات و تکرار آن و نیز توجه به ابهامات و برداشت‌های اشتباه خانواده ضروری است (۳۱). هم‌راستا با نتایج این مطالعه، مطالعه لانگ (۲۰۰۶) آشکار ساخت که عموماً خانواده‌ها با فقدان اطلاعات لازم و عدم درک درست مرگ مغزی حتی بعد

از اتمام فرآیند و مرگ بیمار مواجه بودند. این مطالعه پیشنهاد داد نحوه ارایه اطلاعات بایستی تقویت کننده محتوای اطلاعات باشد و در کنار توضیح شفاهی، از بیانات نوشتاری و تصویری برای درک بیشتر استفاده شود (۳۲). به علاوه، در بعضی مطالعات پیشنهاد شده است که حضور یک روحانی مذهبی در تیم درخواست اهدای عضو در مجموع می‌تواند در جهت کمک و حمایت از خانواده‌ها مؤثر باشد (۳۳ و ۳۴)؛ که البته در مطالعه ما نیز به دلیل اهمیت و تأثیر فراوان مذهب و اعتقادات مذهبی، بعضی از خانواده‌های «رضایت داده» و نیز «رضایت نداده» به این مسأله اشاره کرده و خواستار آن بودند.

هم‌راستا با نتایج این مطالعه، در مطالعه اسکویو (۲۰۰۵) نیز یکی از تجربیاتی که خانواده‌ها بیان کرده بودند و نقش مهمی در تسهیل تصمیم‌گیری در جهت رضایت به اهدای عضو و کاهش تنش آن‌ها ایفا می‌کرد اطمینان از کفایت مراقبت‌های اولیه از مصدوم بود (۳۳). از طرفی مطالعات اشاره کرده‌اند که اگر درمان کافی به موقع ارایه نشود و مصدوم به خاطر نارسایی اعضای بدن فوت نماید؛ در این حالت، در صورت درخواست اهدای عضو، احتمالاً خانواده رضایت نخواهد داد. همدلی با خانواده باعث نگرش مثبت خانواده و تیم و رضایت به اهدا می‌شود (۳۵). چندین مطالعه نشان داده‌اند که بسیار مهم است که به بستگان نزدیک، مراقبتی خوب ارایه شود و آن را یک تجربه مثبت برای خانواده نمایند؛ چرا که این مسأله بیش از هر چیز برای خانواده ارزش دارد (۱۰ و ۳۶). مطالعه بالالی (۲۰۰۷) نشان داد بیشترین موانع موجود در اهدای عضو مربوط به ارتباط بین اعضای تیم درمانی-مراقبتی و اعضای خانواده است؛ که اغلب خانواده تجربه مشکلات ارتباطی و همکاری با کارکنان داشته‌اند. در مطالعه او والدینی که احساس کرده بودند مصدوم بستری‌شان مراقبت نامناسبی را دریافت کرده بود به اهدا رضایت نداده بودند. عدم اجازه ملاقات با بیمار نیز باعث ناراحتی و عدم رضایت خانواده به اهدا شده بود (۳۷). در مطالعه حاضر نیز بسیاری از خانواده‌های «رضایت نداده» به علت عدم رضایت از مراقبت ارایه شده به مصدوم و نیز کیفیت نامناسب ارتباط و تعامل پرستاران و پزشکان با آن‌ها به اهدای عضو رضایت نداده بودند. در صورتی که بر پایه نتایج مطالعه حاضر و تأیید مطالعات سایرین، مراقبت‌های ارایه شده به مصدوم و نیز به خانواده نقش مهمی در تسهیل پذیرش موقعیت توسط خانواده و رضایت آن‌ها به اهدای عضو ایفا می‌کند. به علاوه، بسیاری از خانواده‌های «رضایت داده» و نیز «رضایت نداده» از عدم اجازه به ملاقات با بیمارشان به شدت گله‌مند و ناراضی بودند و از آن به عنوان یک نیاز بسیار عاطفی و برآورده نشده نام می‌بردند. با توجه به این که ملاقات با بیمار در حال مرگ، در آخرین لحظات زندگی

واحدهای مراقبت ویژه- را برای پرستاران روشن ساخته و با برقراری دوره‌های آموزشی ضمن خدمت، نتایج مطالعه را در محتوای برنامه‌های آموزشی پرستاران و نیز پزشکان شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه و نیز دست‌اندرکاران درخواست اهدای عضو از خانواده لحاظ نمایند. از طرف دیگر، با توجه به این که علی‌رغم اهمیت مداخله پرستاران در فرآیند اهدای عضو، تاکنون در سرفصل دروس پرستاری در باره مسأله اهدای عضو و فرآیندهای مرتبط با آن، به خصوص مراقبت از خانواده اشاره‌ای صورت نگرفته است و آموزش مراقبت‌های پرستاری فقط به مراقبت از بیمار مرگ مغزی برای پیوند اعضا محدود شده است. نتایج این پژوهش می‌تواند در تدریس برخی دروس همچون دروس داخلی- جراحی و مفاهیم پرستاری استفاده شود و مدرسین این دروس با تکیه بر نتایج این پژوهش، اهمیت مراقبت از خانواده بیماران مرگ مغزی را برای دانشجویان روشن نمایند. در این مطالعه، خانواده‌ها به نکات عمیقی در خصوص نحوه اطلاع مرگ مغزی توسط پزشک به خانواده و نیز اهمیت ارتباط با پزشک معالج طی دوران بستری مصدوم و نیز اهمیت هم‌راستایی و مشارکت تیم درمانی مراقبتی با تیم درخواست اهدای عضو اشاره کردند؛ که بسیار ضروری است به منظور هماهنگی و مطلوبیت بهتر برنامه‌ریزی‌های مرتبط با این موضوع مدنظر قرار گیرید. به علاوه، خانواده‌ها در این مطالعه، نکات مهمی را در باب چگونگی روش درخواست اهدای عضو از آن‌ها واضح ساختند که پزشکان درخواست کننده می‌توانند از این نتایج برای بهبود و ارتقای کار خود استفاده نمایند.

### تشکر و قدردانی

لازم و شایسته است مراتب سپاس قلبی از تمام شرکت کنندگان در مطالعه که صبورانه به بازگویی تجارب خویش پرداختند، ابراز گردد. همچنین از حمایت معاونت پژوهشی دانشگاه تربیت مدرس و مدیریت اجرایی مرکز پیوند دانشگاه علوم پزشکی مشهد، جناب آقای دکتر خالقی و تمامی همکاران پرستار و پزشک در تحقیق سپاسگزاری گردد.

### References

1. Baumrucker SJ, Stolick M, Morris GM, Carter GT, Sheldon JE. Brain Death and Organ Transplantation. *Am J Hosp Palliat Care* 2007; 24(4): 325-30.
2. Verble M, Worth J. Fears and Concerns Expressed by Families in the Donation Discussion. *Prog Transplant* 2000; 10(1):48-53.
3. Vincent A, Logan L. Consent for Organ Donation. *Br J Anaesth* 2012; 108 (Suppl. 1): i80-7
4. Randhawa G. Death and Organ Donation: Meeting the Needs of multiethnic and Multifaith Populations. *Br J Anaesth* 2012; 108(1): i88-i91.
5. Evanisko MJ, Beasley CL, Brigham LE, Capossela C, Cosgrove GR, Light J, Mellor S, Poretsky A, McNamara P. Readiness of Critical Care Physicians and Nurses to Handle Requests for Organ Donation. *Am J Crit Care* 1998; 7(1):4-12.

وی، برای خانواده بسیار ارزشمند است؛ بنابراین، پرستاران که در ارتباط مستقیم با بیمار و خانواده می‌باشند، بایستی تمهیداتی برای آخرین لحظات در کنار هم بودن خانواده اندیشیده و به خانواده اجازه دهند تا لحظات آخر بودن در کنار عزیزشان را تجربه نمایند.

### نتیجه‌گیری

این مطالعه نشان داد تیم مراقبتی و درمانی می‌توانند نقش به‌سزایی در تصمیم‌گیری خانواده بیماران مرگ مغزی در فرآیند اهدای عضو و هدایت آن به سمت رضایت یا عدم رضایت به اهدا ایفا نمایند. در کل، با توجه به نقش و اهمیتی که پرستاران در به ثمر نشستن و ظاهر شدن مضمون «حمایت‌های انگیزشی» دارند و این که اهمیت این مضمون را سایر مطالعات و متون به وضوح و به کرات تأیید نموده‌اند؛ بنابراین، طراحی مداخلات مناسب برای حمایت از خانواده‌ها در این موقعیت دشوار و پیچیده بسیار ضروری می‌باشد. بنابراین، طبق نتایج این مطالعه، پیشنهاد می‌شود تیم تخصصی در هر بیمارستان متشکل از پزشکان و پرستاران تشکیل شود و آموزش‌های تخصصی به آن‌ها با تکیه بر مراقبت تخصصی از خانواده- با تأکید خاص بر آموزش مهارت‌های ارتباطی، حمایت سوگ و مشاوره- در این موقعیت پیچیده ارایه شود. لازم به ذکر می‌باشد که در این مطالعه، فقط به یکی از عوامل مؤثر بر فرآیند تصمیم‌گیری خانواده‌ها در باره اهدای اعضای بیمار مرگ مغزی‌شان پرداخته شد؛ که هدف مشخص‌تر نمودن نقش با اهمیتی است که اعضای تیم درمانی و مراقبتی می‌توانند در تعامل با این خانواده در کمک و حمایت از آن‌ها بر عهده گیرند و بی‌شک، عوامل متفاوت دیگری نیز در این فرآیند وجود دارد؛ که لازم است در سایر مطالعات به آن پرداخته شود. از آن جا که یکی از اهداف مدیریت خدمات پرستاری، ارتقای کیفیت خدمات پرستاری می‌باشد؛ بنابراین، با تکیه بر نتایج این پژوهش، مدیران سیستم مراقبتی و درمانی می‌توانند اهمیت مراقبت از خانواده بیماران مرگ مغزی کاندید درخواست اهدای عضو- به خصوص در

6. Schnell S. Organ Donation and Neuroscience Nursing: You're Role in the Process. *J Neurosci Nurs* 1999; 31(2):66-72.
7. Johnson C. The Nurse's Role in Organ Donation from a Brainstem Dead Patient: Management of the Family. *Intensive Crit Care Nurs* 1992; 8(3):140-8
8. McCoy J, Argue P. The Role of Critical Care Nurses in Organ Donation: A Case Study. *Crit Care Nurs* 1999; 19(2):48-52.
9. Saviozzi A, Bozzi G, De-Simone P, Filipponi F. Refusal to Donate after Brain Death. *Transplant Proc* 2011; 43(1):280-1.
10. Pelletier-Hibbert M. Coping Strategies Used by Nurses to Deal with the Care of Organ Donors and Their Families. *Heart Lung* 1998; 27(4):230-7.
11. Coyle M.A. Meeting The Needs of the Family: The Role of the Specialist Nurse in the Management of Brain Death. *Intensive Crit Care Nurs* 2000; 16, 45-50.
12. Jacoby LH, Breitkopf CR, Pease EA. A Qualitative Examination of the Needs of Families Faced with the Option of Organ Donation. *Dimens Crit Care Nurs* 2005; 24(4):183-9.
13. Lucia M, Wey H. Caring for Organ Donors: The Intensive Care Unit Nurses' View. *Qual Health Res* 2000; 10(6): 788-805.
14. Ingvar F.I, Bergbom I, Engberg H, Haljam H. Brain Death in ICU and Associated Nursing Care Challenges Concerning Patients and Families. *Intensive Crit Care Nurs* 1998; 14:21- 9.
15. Ertin H, Harmanci AK, Mahmutoglu FS, Basagaoglu I. Nurse-Focused Ethical Solutions to Problems in Organ Transplantation. *Nurs Ethics* 2010; 17(6):705-14
16. Eckenrod EL. Psychological-Emotional Trauma of Donor Families. *Transplant Proc* 2008; 40:1061-3
17. Sque M. Researching the Bereaved: an Investigator's Experience. *Nurs Ethic* 2007; 7 (1):23-34.
18. Fry S, Warren NA. Perceived Needs of Critical Care Family Members: a Phenomenological Discourse. *Crit Care Nurse* 2007; 30(2):181-8.
19. Bond AE, Draeger CR, Mandleco B, Donnelly M. Needs of Family Members of Patients with Severe Traumatic Brain Injury: Implications for Evidence-Based Practice. *Crit Care Nurse* 2003; 23(4):63-72.
20. Duff D. Family Impact and Influence Following Severe Traumatic Brain Injury. *Axone* 2006; 27(2):9-23
21. Saberifiroozi M, Serati AR, Malekhosseini SA, Salahi H, Bahador A, Lankarani KB, Taghavi SA, Alizadeh M, Fattahi MR, Dehbashi N, Gholami S. Analysis of patients Listed for Liver Transplantation in Shiraz, Iran. *Indian J Gastroenterology* 2006; 25(1): 11-13.
22. Ghods AJ. Organ Transplantation in Iran. *Saudi J Kidney Dis Transpl* 2007; 18(4):648-55.
23. Polit DF, Beck CT. *Essentials of Nursing Research: Methods, Appraisal and Utilization*, 6<sup>th</sup> edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.
24. Elo S, Kyngas H. The Qualitative Content Analysis Process. *J Adv Nurs* 2008; 62(1): 107-15.
25. Iman M, Noshadi MR. Qualitative Content Analysis. *Pazhuhesh*, 2012; 3(2): 15-44[in persian]
26. Krippendorff K. *Content Analysis: An Introduction to Its Methodology*, 2<sup>nd</sup> edition. Michigan: Sage; 2004.
27. Sanner MA. Two Perspectives on Organ Donation: Experiences of Potential Donor Families and Intensive Care Physicians of the Same Event. *J Crit Care* 2007; 22(4):296-304.

28. Long T, Sque M, Payne S. Organ and tissue donation: Exploring the Needs of Families. At, 7th Annual Symposium in Organ Donation and Transplantation, UMIST, Manchester, UK, 8 Oct 2003. Available at: <http://eprints.soton.ac.uk/26720/>
29. Blok GA, van Dalen J, Jager KJ, Ryan M, Wijnen RM, Wight C, Morton JM, Morley M, Cohen B. The European Donor Hospital Education Programme (EDHEP): Addressing the Training Needs of Doctors and Nurses who Break Bad News, Care For The Bereaved, And Request donation. *Transpl Int* 1999; 12(3):161-7.
30. Tong YF, Holroyd EA, Cheng B. Needs and Experiences of Hong Kong Chinese Cadaveric Organ Donor Families. *Hong Kong J Nephrol* 2006; 8(1):24-32.
31. Kesselring A, Kainz M, Kiss A. Traumatic Memories of Relatives Regarding Brain death, Request for Organ Donation and Interactions with Professionals in the ICU. *Am J Transplant* 2007; 7: 211-7.
32. Long T, Sque M, Payne S. Information Sharing: Its Impact on Donor and Nondonor Families' Experiences in the Hospital. *Prog Transplant* 2006; 6(2):144-9.
33. Sque M, Long T, Payne S. Organ Donation: Key Factors Influencing Families' Decision-Making. *Transpl Proc* 2005; 37(2): 543-6.
34. Wall R, Engelberg R, Gries C, Glavan B, Curtis J. Spiritual Care of Families in the Intensive Care Unit. *Crit Care Med* 2007; 35(4):1084e-90.
35. Bell L. Support for Families Deciding about Organ Donation. *Am J Crit Care* 2010; 19(5):462.
36. Shih FJ, Lai MK, Lin MH, Lin HY, Tsao CI, Chou LL, Chu SH. Impact of Cadaveric Organ Donation on Taiwanese Donor Families during the First 6 Months after Donation. *Psychosom Med* 2001; 63(1):69-78
37. Bellali T, Papazoglou I, Papadatou D. Empirically Based Recommendations to Support Parents Facing the Dilemma of Pediatric Cadaveric Organ Donation. *Intensive Crit Care Nurs* 2007; 23: 216-25

## Role of quality of care and treatment in facilitating decision making and consent to organ donation in brain dead family: a qualitative study

Zahra Sadat manzarii<sup>1</sup>, \*Eesa Mohammadi<sup>2</sup>, Abbas Heydari<sup>3</sup>

1. Assistant professor of Nursing, Department of Medical-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

2. Associate Professor of Nursing, Department of Nursing, School of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

3. Associate Professor of Nursing, Department of Medical-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

\* Corresponding author, Email: mohamade@modares.ac.ir

### Abstract

**Background:** Caring for family is essential for organ donation request and decision making process and nurses are responsible for family caring.

**Aim:** the present study have performed to explore the role of quality of care and treatment in facilitating decision making and consent to organ donation in family of the brain death patient.

**Methods:** A qualitative research approach with its focus on the content analysis was exploited. Participants were 26 brain-dead families who consented or refused from organ donation. Sampling method has started as purposive and continued as theoretical in transplantation center in Mashhad University of Medical Sciences in 2012. Accordingly, 38 unstructured interviews were conducted and data were analyzed using conventional content analysis.

Data collection process included 38 unstructured in- depth interviews request.

**Results:** The analysis of the data leads to extraction of 610 initial codes and 13 categories and 4 themes including viewing the sufficiency of the care and treatment of the injured patients, empathic and effective communication, emotional support and giving assurance. From the abovementioned themes, "Motivational atmosphere of the decision-making" was extracted as the central theme.

**Conclusion:** This study showed that health care and the team can play a significant role in brain dead family decision making and guiding it towards the consent or refuse to donate the organ. It is recommended that a specialized team consisting of doctors and nurses is formed this specialized training give them rely on caring of family in this complication situation (Communicational skills, support and mourning consulting).

**Keywords:** Quality of care, quality of treatment, decision making, consent, organ donation, family, brain death

Received: 09/07/2013

Accepted: 15/09/2013