عوامل مؤثر بر تصمیم گیری خانواده‌های بیماران مرگ مغزی در اهدای عضو: یک مطالعه کیفی

زهرا سادات منظری[1]، عیسی محمدی[*2]، عباس حیدری[1]

1. گروه داخلی و جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد
2. گروه پرستاری، دانشگاه تربیت مدرس

فصلنامه پایش
سال یازدهم شماره ششم آذر ـ دی ۱۳۹۱ صص ۹۲۵-۹۱۳
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۵/۸
[نشر الکترونیک پیش از انتشار-۱۳۹۱/۹/۲۸]

چکیده

مطالعات نشان داده‌اند عواملی متعددی با توجه به زمینه اجتماعی، فرهنگی و سازمانی در تصمیم خانواده برای اهدای عضو مؤثرند. این مطالعه با هدف کشف عوامل مؤثر در تصمیم گیری خانواده‌های بیماران مرگ مغزی در اهدای عضو انجام گردید. این تحقیق یک مطالعه کیفی با تمرکز بر رویکرد تحلیل محتوا است. فرایند جمع آوری داده‌ها مشتمل بر ۳۸ مصاحبه غیرساختارمند و عمیق با ۱۴ خانواده رضایت داده و نیز ۱۲ خانواده رضایت نداده به اهدای عضو همراه با یادداشت‌های عرصه است.

نمونه گیری به صورت هدفمند در مرکز مدیریت پیوند دانشگاه علوم پزشکی مشهد از مهرماه ۱۳۸۸آغاز و تا مرحله اشباع ـ آذر ۱۳۸۹ ـ ادامه یافت. تحلیل کیفی محتوای داده‌های مصاحبه و یادداشت در عرصه، منجر به استخراج شش مضمون گردید که بیانگر ماهیت و ویژگی‌های عوامل مؤثر در تصمیم خانواده‌های مرگ مغزی در اهدا یا عدم اهدای عضو شامل این موارد بودند: پذیرش مرگ مغزی، آمادگی شناختی، کیفیت و زمان مواجهه، میانجی‌های تصمیم ساز، تعاملات خانوادگی و باورها و انگیزه‌ها.

نتایج این مطالعه نشان داد عوامل متعددی در اهدای عضو مؤثرند. کشف و تبیین این عوامل به سیاست گذاران و مدیران برای برنامه ریزی و مداخلاتی در ارتباط با فرهنگ سازی و تسهیل در اهدای عضو کمک می‌نماید. به علاوه توصیه می‌شود تیم مراقبتی و درمانی از درک خانواده نسبت به مفهوم مرگ مغزی و برگشت ناپذیری آن مطمئن شده و اطلاعات شفاف و کامل دراین رابطه به خانواده بدهند.

کلیدواژه‌ها: خانواده بیماران مرگ مغزی، اهدای عضو، مطالعه کیفی

[*] نویسنده پاسخگو: تهران، تقاطع بزرگراه چمران و جلال آل احمد، دانشگاه تربیت مدرس، گروه پرستاری
تلفن: ۰۲۱-۸۲۸۸۳۵۵۰ نمابر: ۰۲۱-۸۸۸۳۸۵۶
E-mail: mohamade@modares.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.6.19.1]

مقدمه

نیاز به اهدای عضو طی دو دهه گذشته ۲۰۰ درصد افزایش یافته است [۱]. این در حالی است که رضایت به اهدای عضو در اهداکنندگان دارای شرایط مطلوب طی دو دهه گذشته در جهان همچنان ثابت، پایین و ناکافی باقی مانده است [۲]. مطالعات نشان داده یکی از عوامل کلیدی بحران کمبود اعضا و در واقع مهم‌ترین عامل محدود کننده موفقیت در اهدای عضو، عدم رضایت خانواده است [۳، ۱].

در اکثر کشورهای دنیا فرآیند اهدای عضو به تصمیم خانواده متوفی درباره اجازه اهدای عضو بستگی دارد و این تصمیم قویاً به وسیله عوامل متعددی تحت تأثیر قرار می‌گیرد [۴].

در دهه‌های اخیر، تجربه محققان نشان داده به منظور بهبود فرصت‌هایی برای پیوند عضو، نیاز به انجام و تکمیل تحقیقاتی در زمینه فرایند تصمیم گیری خانواده درباره اهدای عضو بیمار مرگ مغزی آنها وجود دارد. به علاوه تحلیل عوامل مرتبط با رضایت افراد به اهدا و عوامل درگیر در تصمیم خانواده نیز مورد نیاز است. محققان در زمینه تصمیم گیری خانواده در باره اهدای اعضای یکی از بستگانشان دلایل مختلفی مبنی بر علل رضایت یا امتناع از اهدا جمع آوری نموده‌اند [۳].

در واقع، تحقیقات چند رشته‌ای مختلفی درباره اهدا و پیوند اعضا انجام شده که باعث شده به صورت مؤثری کسب اجازه ازبستگان برای استخراج اعضا از متوفیان گسترش یابد [۴]. اکثر این مطالعات بر تعیین کننده‌های روانشناختی اهدای عضو متمرکز کرده و کوشیده‌اند تا عواملی که ممکن است تسهیل یا ممانعت از اجازه به اهدا نماید را شناسایی کنند [۵]. از طرفی مطالعاتی که در زمینه اهدای عضو انجام شده، به نتایج متفاوتی رسیده‌اند. در مطالعه سکیو، به رغم این که اهدای عضو، به صورت گسترده‌ای به وسیله استدلال «هدیه زندگی» ارائه شده بود، حفاظت از نمامیت بدن متوفی یک عامل مهم در تصمیم گیری خانواده عزادار درباره اهدای عضو بود. نتایج مطالعه نشان داد عبارت قربانی کردن ممکن است در مقایسه با عبارت هدیه زندگی در تصمیم گیری خانواده شاخص‌تر به نظر برسد[۶].

مطالعه کیم و الیوت در کره جنوبی نیز نشان داد نگرش، عقاید و رفتارهای افراد تحت تأثیر زمینه فرهنگی، هنجارهای اجتماعی و عقاید مذهبی آنها قرار می‌گیرد. این موارد در عوامل مذهبی، فرهنگی، اجتماعی، آموزشی و تجربی طبقه بندی شدند [۷].

مطالعه سیمینوف نشان داد وقتی یکی از اعضای خانواده تمایل به اهدای عضو داشته باشد، سایر افراد خانواده نیز بیشتر به اهدا تمایل دارند [۸].

رایس نشان داد افرادی که تجربه دهنده قبلی یا گیرنده عضو یا افرادی در لیست انتظار دارند، احتمال این که تصمیم به اهدای عضو داشته باشند، در مقایسه با دیگرانی که این تجربه را ندارند بیشتر است [۹]. اما به رغم تحقیقات انجام شده بایستی توجه نمود از آنجایی که اهدای عضو با حفاظت از یکپارچگی بدن انسان درگیر می‌شود، تنها وقتی زمینه فرهنگی یک فرد یا یک جامعه مورد بررسی و پی گیری قرار گیرد، می‌تواند درک شود [۱۰]. در واقع این موضوع در زمینه‌های فرهنگی مختلف، متفاوت است و همین مسئله این موضوع را هم از جهت ملی و هم بین‌المللی بارز و بااهمیت ساخته است [۱۱].

در ایران، تحقیقات توصیفی چندی با استفاده از پرسشنامه و نظرسنجی پیرامون این مسئله ـ بیشتر مباحث نگرش، آگاهی و یا حقوقی ـ انجام شده است. شاهسونی نشان داد که بین نگرش کارمندان نسبت به اهدای عضو خود و بستگان آنها اختلاف معنی‌دار وجود داشت؛ به طوری که میانگین نمره نگرش نسبت به اهدای عضو بستگان بیشتر از میانگین نمره نگرش نسبت به اهدای عضو خود بود [۱۲].

رضایی و شکور نیز نشان دادند، میانگین میزان آگاهی افراد بالای ۱۵ سال نسبت به اهدای عضو به تناسب نگرش، پایین است و در واقع در عین نگرش مثبت جامعه در قبال اهدای عضو، فردی که نگرش خود را با نمره‌ای بالا بیان نموده است، ممکن است راجع به مغزی بودن نوع مرگ و انطباق کامل آن بر مرگ غیرقابل برگشت، آگاهی کامل نداشته است [۱۳]. به رغم گذشت چندین سال از تصویب قانون پیوند اعضا در ایران، از این مسئله استقبال چندانی نشده است. در واقع ـ به رغم نتایج متناقض بعضی از مطالعات هنوز بسیاری از آحاد جامعه ایران نگرش مثبتی پیرامون اهدای عضو ندارند، چرا که در عمل میزان اهدای عضو در ایران بسیار پایین‌تر از آمارهای جهانی است که شاید علت عمده آن جدید و ناشناخته ماندن بسیاری از ابعاد این پدیده است [۱۴]. در واقع یکی از مهم‌ترین چالش‌های نظام درمانی امروز ایران از دست رفتن جان هزاران فرد محتاج به عضو در لیست انتظار پیوند در هر سال است. با توجه به آمار بالای بیماران مرگ مغزی اعضای این متوفیان می‌توانند در نجات و بهبود کیفیت زندگی و نیزکاهش هزینه‌های

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.6.19.1]

درمانی و مراقبتی بیماران محتاج به عضو مورد استفاده قرار گیرند. لذا به عنوان اولین قدم در طراحی مداخلات و برنامه ریزی‌هایی به منظور افزایش رضایت به اهدای عضو در وهله اول بایستی به تبیین عوامل مؤثر بر رضایت یا عدم رضایت به اهدای عضو پرداخت و پس از آن بدون در نظر گرفتن نتیجه تصمیم اتخاذ شده با تبیین این عوامل، اعضای تیم مراقبتی و درمانی و نیز مدیران و برنامه ریزان بهداشتی بتوانند به تصمیم گیری خانواده در این موقعیت پیچیده و دشوار و نیز عبور آنها از این مرحله سخت و دردناک کمک نمایند. به علاوه کاملاً مشخص است که با انجام چند تحقیق توصیفی و با پرسشنامه‌های از قبل تدوین شده، نمی‌توان کفایت بررسی این پدیده با اهمیت را تأیید کرد. با توجه به این که تا به حال در ایران تحقیقاتی که در زمینه مرگ مغزی و اهدای عضو انجام شده است، از نوع توصیفی بوده و تحقیق نظام مندی براساس تجارب خانواده‌های درگیر یعنی خانواده‌هایی که در معرض چنین تصمیم حساس، مهم و بحرانی قرار گرفتند، از عوامل مؤثر براین تصمیم انجام نشده است. این مطالعه با هدف کشف عوامل مؤثر بر تصمیم خانوادهای بیماران مرگ مغزی در اهدای عضو انجام گردید.

مواد و روش کار

با توجه به هدف پژوهش (کشف عوامل مؤثر بر تصمیم خانواده‌های بیماران مرگ مغزی در اهدای عضو) از رویکردهای کیفی که به دنبال درک احساسات انسانی و معانی انسانی نهفته در تجارب روز مره زندگی آنهاست [۱۵] استفاده گردید و از آنجایی که هدف مطالعه دستیابی به درک عمیق‌تری از عوامل مؤثر بر اهدای عضو براساس تجارب خانواده‌های بیماران مرگ مغزی بود، از روش تحلیل محتوای کیفی استفاده شد. تحلیل محتوای کیفی به منظور استخراج مضامین اصلی و کشف الگوهای موجود در بین داده‌ها به کار رفته و روشی مناسب برای به دست آوردن نتایجی معتبر و پویا، تحت تأثیر درکی عمیق از داده‌های زمینه‌ای به منظور ایجاد دانشی جدید، ارائه حقایق و راهنمای عملی برای عملکرد است. در واقع این مطالعه یک تحلیل محتوای کیفی است که با تقلیل و طبقه بندی داده‌های کیفی می‌کوشد تا معانی آنها را درک نماید [۱۶].

مشارکت کنندگان در تحقیق، دو گروه بودند: خانواده بیماران مرگ مغزی نامزد اهدای عضو اعم از خانواده‌هایی 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. در این مطالعه ۵۳ مشارکت کننده شرکت کردند، از بین آنها ۱۱ زوج (پدر و مادر) والدین و نیز یک نفر خواهر و ۳ نفر برادر 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. نمونه‌گیری به صورت هدفمند انجام شد. کسانی به عنوان نمونه انتخاب شدند که ضمن داشتن تجارب زنده مواجهه با مرگ مغزی و اهدای عضو و تمایل به بازگویی تجارب خود داشتند. مطالعه از تیر ۸۷ تا آذر ۸۹ ادامه یافت. نمونه گیری تا اشباع داده‌ها یعنی تا زمانی که کدهای جدیدی در ۳ مصاحبه پایانی حاصل نشد ادامه یافت. بر این اساس، ۲۴ مصاحبه رسمی چهره به چهره بدون ساختار و عمیق با سؤالات باز و ۱۴ مصاحبه غیررسمی و بدون برنامه و اتفاقی (در مجموع ۳۸ مصاحبه) با مشارکت کنندگان در تحقیق انجام شد.

برای جمع آوری داده‌ها در این مطالعه شامل مصاحبه بدون ساختار عمیق با استفاده از سؤالات باز و همچنین از یادداشت‌های عرصه استفاده شد. مدت زمان هر مصاحبه بین ۱ تا ۳ ساعت و در مصاحبه‌های غیررسمی بین ۱۵ تا ۴۰ دقیقه متغیر بود. محقق در مصاحبه به موضوعاتی که شرکت کنندگان ابراز می‌کردند گوش داد و ترجیحاً آنها را تشویق می‌نمود تا درباره موضوعی که در خصوص آن علاقه کمی دارند نیز صحبت نمایند. حفظ حالت باز بودن در قبال آنچه دائم در حال رخ دادن بود، عدم سانسور داده‌ها از طریق پیش فرض‌ها و پیش ذهنیات محقق، عدم تورش در گوش دادن و مشاهده کردن و نیز کشف تمایل اصلی شرکت کنندگان در محیط و نحوه برخورد آنها با مسئله یا حل آن از تعهدات محقق بود [۱۶]. در این راستا مصاحبه ابتدا با سؤالات باز و عموماً برای ورود به مصاحبه از یادآوری حوادث اولیه مثل «ممکن است بفرمایید چگونه حادثه از دست دادن عزیرتان اتفاق افتاد» شروع شده و بعداً بحث به تدریج وارد مرحله پیشنهاد یا درخواست اهدای عضو می‌شد. در این مرحله محقق می‌پرسید: «چگونه شد که این تصمیم را گرفتید؟» و سپس به دنبال پاسخ‌های مشارکت کنندگان، پرسش‌های روشن کننده و عمق دهنده مصاحبه مثل «در این رابطه بیشتر برایم توضیح دهید... این مطلب یعنی چه؟ لطفاً بیشتر توضیح دهید» «آیا تجربه یا رویدادی می‌توانید بیان کنید که من بتوانم بهتر منظورتان را درک کنم؟» ادامه می‌یافت. نمونه‌گیری آن قدر ادامه یافت تا اشباع داده‌ها حاصل شود. به این معنی که بعد از

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.6.19.1]

هر مصاحبه و یا مشاهده، دیگر هیچ کد یا داده جدیدی به دست نیامد و تمام سطوح مفهومی تکمیل شده بود [۱۷].

با پیشرفت مطالعه، مصاحبه‌ها بر اساس سؤالات ایجاد شده هدایت شد و محقق سؤالاتش را بر اساس طبقات برجسته و مهم ایجاد شده جهت می‌داد. به علاوه محقق برای تکمیل و جمع آوری داده‌ها با حضور در عرصه، شرایط و وضعیت بعضی خانواده‌ها را مورد بررسی و ثبت می‌کرد. تجزیه و تحلیل دادها به روش تحلیل محتوای کیفی و با رویکرد قراردادی (Conventional) انجام شد.

این رویکرد عمدتاً به شیوه استقرایی و در طرح مطالعات کیفی استفاده می‌شود که هدف آنها توصیف عمیق یک پدیده است و نظریه‌های موجود یا مطالعات پژوهشی انجام شده درباره پدیده موردنظر محدود است.

در این رویکرد، تولید طبقات و مضمون‌ها به شیوه استقرایی و به صورت مستقیم از داده‌های مطالعه استخراج می‌شود. بدین ترتیب، بعد از انجام هر مصاحبه، بلافاصله مصاحبه‌ها به همراه ارتباطات غیرکلامی شرکت کنندگان مانند گریه، اشک، لبخند، آه، سکوت و غیره رونویسی می‌شدند. متن مصاحبه‌ها چندین بار خوانده و مرور شده و بیانات غیرمرتبط با مطالعه در هر مصاحبه حذف شد؛ سپس داده‌ها به واحدهای معنایی (کدها) در قالب جملات و پاراگراف‌های مرتبط با معنای اصلی شکسته شد. واحدهای معنایی نیز چندین بار مرور شده و سپس کدهای مناسب هر واحد معنایی نوشته شده و پس از آن، کدها بر اساس تشابه مفهومی و معنایی طبقه بندی و تا حد امکان کوچک و فشرده شدند. روند تنزل در کاهش داده‌ها در تمام واحدهای تحلیل و طبقات فرعی و اصلی جریان داشت، سپس کدها در طبقه‌های اصلی که کلی‌تر و مفهومی‌تر بود، قرار گرفتند و در نهایت، مضمون‌ها انتزاع شدند.

شایان ذکر است ضمن تحلیل، تغییرات لازم در باره محتوا و نام طبقه ـ که باید گویای محتوای آن باشد ـ داده شد. جریان تجزیه و تحلیل مرتباً با اضافه شدن هر مصاحبه تکرار شده و طبقات اصلاح می‌شدند [۱۸].

مجوز اخلاقی انجام تحقیق به تأیید کمیته اخلاق تحقیقات پزشکی دانشگاه تربیت مدرس با ارایه طرحنامه اختصاصی اخذ گردید. رضایت‌نامه‌ای کتبی جهت شرکت آگاهانه و رضایتمندانه مشارکت‌کنندگان تهیه شد که پس از توضیح مختصر و روشن در مورد پژوهش، فرم رضایت‌نامه توسط مشارکت کنندگان 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 بود، در آنها تنش ایجاد نماید، تسهیلات لازم جهت دسترسی همه مشارکت کنندگان به مشاور فراهم شد.

همچنین به منظور کفایت اعتبار یافته‌ها، دست نوشته‌ها، مصاحبه‌ها و واحدهای تحلیل همراه با کدهای اولیه استخراج شده به مشارکت کنندگان ارایه و نظرات تکمیلی آنها اخذ و اصلاحات لازم انجام و نکات پیشنهادی لحاظ شد. به علاوه دو استاد صاحب نظر در زمینه پژوهش‌های کیفی تمام مراحل فرایند مطالعه را نظارت نمودند. استفاده از تلفیق روش (مصاحبه و یادداشت در عرصه) همراه با نمونه گیری با حداکثر واریانس به معنای مصاحبه با افراد مختلف (از لحاظ سن، جنسیت، سطح اجتماعی، تحصیلات و نسبت با متوفی) تصدیق، تأیید و انتقال پذیری داده‌ها را افزایش داده است. تخصیص زمان کافی به مطالعه و ارتباط باز و همدلانه با مشارکت کنندگان به طوری که بعضی از آنها این مصاحبه را اولین و بهترین فرصت برای ابراز نگرانی‌های قبلی و تخلیه عاطفی تلقی کرده بودند، نیز از دیگر عوامل افزاینده اعتبار داده‌های مطالعه بود [۱۹].

یافته‌ها

تجزیه و تحلیل داده‌های مصاحبه و یادداشت در عرصه منجر به ظهور ۹۸۰ کد اولیه و ۱۷ طبقه و ۶ مضمون گردید. مضمون‌های حاصله شامل: پذیرش مرگ مغزی، آمادگی ذهنی، کیفیت و زمان مواجهه، میانجی‌های تصمیم ساز، تعاملات خانوادگی و باورها و انگیزه‌ها است.

مضمون ۱- پذیرش مرگ مغزی

این مضمون از ۲ طبقه موافقت با درخواست اهدا و تصمیم داوطلبانه به اهدا استخراج شد. این دو طبقه بیانگر این هستند که اگرچه تصمیم برای اهدا بیشتر با درخواست از سوی پزشک، شروع می‌شد اما اتخاذ تصمیم توسط خود خانواده و با اختیار و انگیزه‌های آنها به طور داوطلبانه بعد از اطمینان و پذیرش از مرگ مغزی اتفاق می‌افتاد. لذا درونمایه اصلی این طبقه که بیانگر یکی از عوامل کلیدی در فرایند تصمیم گیری خانواده معرفی شد، پذیرش و درک مرگ مغزی متوفی بود. «وقتی که واقعاً مطمئن شدم بچه ام مرگ

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.6.19.1]

مغزی شده ودیگه هیچ کاری نمی شه براش کرد اهـدای عضـو شـو قبول کردم...» [رضایت داده ۷].

در مواردی تأثیر پذیرش مرگ مغزی و ناامیدی از بهبود تا حـدی بود که بعضی از خانواده‌ها به صورت داوطلبانـه حتـی قبـل از طـرح درخواست، در اهدای اعضای فرزندشان پیشـقدم مـی‌شـدند و خـود پیشنهاد اهدای عضو را به تیم مراقبتی و درمانی اعلام می‌کردند.

«وقتی دیدیم بچمون کـه یـک هفتـه تـو بیمارسـتان بـود هـیچ عکس‌العملی نشون نمی‌ده و بهبـودی نـداره، خـود بنـده و خـانومم هماهنگی کردیم و داوطلبانه قبل از این که حتی دکتـری پیشـنهاد بده من خودم داوطلبانه رفتم و گفمتم ما حاضریم اعضای بچه مونـو اهدا کنیم...» [رضایت داده ۶].

اما در مقابل در اکثر خانواده‌های رضایت نـداده بـه اهـدای مـرگ مغزی مفهومی پرتناقض و غیرقابل باور در نظر گرفته مـی‌شـد. آنهـا به دلایل مختلف حاضر به قبول واقعیت مرگ متـوفی نمـی‌شـدند و همچنان امیدوار به بهبود و بازگشت بیمار باقی می‌ماندند.

«از کجا معلوم که واقعاً هـیچ راه درمـانی بـراش وجـود نداشـت؟ شاید فرداش مثلاً یک اتفاقی یا حتی یک معجزه‌ای می‌شد و بهـوش می یومد...اگه اینطوری می شد بعدش کی پاسخگو بود...» [رضـایت نداده ۴].

«پسر دوم خانواده می‌گوید: آقـای دکتـر شـما از کجـا اینقـدر بـا اطمینان صحبت می کنید مگه علم چقدر پیشرفت کرده که پزشـکا بخوان ادعا کنن این پدر من که روی تخت خوابیده و قلب و نفسش داره کار می کنه دیگه مرده...نه ما به این حرفای شما هیچ اعتقـادی نداریم و هیچوقت رضایت نمی دیم...سپس رو به برادرانش می گوید منکه الان می رم بیرون، شـماها اگـه مـی خـواین، بمونیـد... و بعـد همگی با هم از اتاق خارج می‌شوند» [مشاهده ۲۵].

مضمون۲- آمادگی شناختی

این مضمون مستخرج از ۳ طبقه اهمیت و تأثیر رسـانه، دانـش و آگاهی قبلی و تجربیات قبلی بود.

اهمیت و تأثیر رسانه دارای دو زیرطبقه نقش رسانه در تصمیم به اهدا و تأثیر رسانه در تصمیم به عدم اهدا بود.

در اکثر خانواده‌های اهدا کننده یکی از مهم‌تـرین عـواملی کـه در تصمیم به اهدا مؤثر مـی‌دانسـتند، اطلاعـات و تـأثیراتی بـود کـه از رسانه‌های گروهی از جمله روزنامه و به خصوص تلویزیـون دریافـت کرده بودند. خانواده‌ها بر اثر بخشی فیلم و برنامه تبلیغاتی در فرایند تصمیم گیری درباره اهدا تأکید و اصرار داشتند.

«تلویزیون خیلی مؤثر بود... تلویزیون از شماها هم مؤثرتره ..حتی اگه فرد فرد تون برین توی تک تک خونه ها و برای هر خـانواده ای، درباره مرگ مغزی و اهدای عضو توضیح بدین...تلویزیون خیلـی بـه من کمک کرد که مرگ مجیدو باور کـنم ... تلویزیـون خیلـی مـؤثر بود...» [رضایت داده۲].

در مقابل در عمده خانواده‌هایی که در نهایت تصمیم به عدم اهـدا گرفته بودند، رسانه‌ها در ایجاد تردید به مرگ و تفکر بازگشت بیمـار مرگ مغزی و تصمیم به عدم اهدا نقش داشتند، چرا که باعث ایجاد بدبینی و عدم اعتماد خانواده به تـیم- بـه دنبـال یـادآوری نمـایش فیلم‌هایی با مضمون خرید و فروش و تجارت اعضا و برگشـت بیمـار مرگ مغزی- می‌شدند.

«این همه تو فیلما نشون مـی دن مریضـا مـرگ مغـزی شـدن و برگشتن شاید مریض ماهم یکی از اونا می شد و اصـلاً شـاید دکتـرا اشتباه تشخیص داده بودن مگه خود تلویزیـون نشـون نمـی ده کـه دکترا برا مریض تشخیص مرگ مغزی گذاشتن و می خوان اعضاشـو پیوند کنند ولی مریضه هنوز زنـده سـت و تقـلا مـی کنـه اعضاشـو برندارن...» [رضایت نداده ۱۱].

دانش و آگاهی قبلی

اکثر خانواده‌های رضایت داده نسبت بـه مـرگ مغـزی - برگشـت ناپـذیری و عـدم بهبـود- و اهـدای عضـو آگـاهی و اطلاعـات قبلـی داشتند و آن را عاملی مؤثر در تصمیم به اهـدا ذکـر مـی‌کردنـد. در بعضی از خانواده‌ها زمینه و آگاهی قبلی باعث تصمیم داوطلبانـه بـه اهدا شده بود و در بعضی نیز آگـاهی و دانـش از تشـخیص و پـیش آگهی بیماری (قبل از وقوع مرگ مغزی) باعـث پـیش بینـی مـرگ مغزی بیمار و پذیرش سریع مرگ و حتی تصمیم داوطلبانه به اهـدا شده بود.

«چون آمادگی شو از قبـل داشـتیم و اطلاعـات از قبـل داشـتیم پذیرشش راحت تر شد و بهتر تصمیم گرفتیم...» [رضایت داده ۹].

در مقابل اکثر خانواده‌های رضایت نداده، آگاهی و اطلاعات قبلـی نسبت به مرگ مغزی نداشتند و اغلب آنها تصمیم قبلی نیـز دربـاره اهدای عضو نگرفته بودند. «من هیچی نمی دونستم اصلاً اولـین بـار بود که وارد بیمارستان می شدم چی می دونستم مرگ مغـزی چـی هست یا نیست...» [رضایت نداده ۳].

تجربیات قبلی:

دارای ۲ زیر طبقه تجربیات کمک کننده و تجربیات بازدارنده بود. تجربیات کمک کننده تجربیاتی بود که در تصمیم به اهـدای عضـو،

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.6.19.1]

تأثیر مثبت داشت که تجربیاتی نظیر مواجهه قبلی با افراد نیازمند عضو، تجربه فوت فرد نیازمند پیوند در بستگان و آشنایان، اطلاع از وضعیت جسمی و زندگی افراد نیازمند به پیوند و غیره بود.

«همسایه مادرم، خدابیامرز با دو تا بچه به خاطر کبدش فوت کرد - مرد بود- ما اینارو دیده بودیم. از نزدیک با وضعیت زندگی آدمای نیازمند به عضو آشنا بودیم ...این مسئله در تصمیم گیری ما خیلی تأثیر داشت...» [رضایت داده ۸].

اما در مقابل تجربیات بازدارنده تجربیاتی بود که در تصمیم به عدم موافقت با اهدا تأثیر داشت که عمدتاً تصور غلط از بازگشت و بهبود فرزند به دلیل تجربه قبلی بازگشت کوما بود.

«پسر همسایمون ۶ ماه تو کوما بود اونم مثل پسر من رو تخت افتاده بود و با دستگاه نفس می کشید بعد از ۶ ماه بهوش اومد گفتم نه صبر می کنم شاید پسر منم مثل پسر همسایمون بهوش بیاد و خوب بشه...» «رضایت نداده ۱].

مضمون ۳- زمان وکیفیت مواجهه

این مضمون از ۲ طبقه آمادگی زمانی (دارای ۳ زیر طبقه با عناوین تأثیر ناگهانی بودن حادثه، خبر ناگهانی و انتظار بهبود، تأثیر فاصله زمانی بین حادثه تا مرگ مغزی) و مشاهده علائم و مستندات (دارای ۳ زیر طبقه با عناوین تحلیل علائم و شرایط بالینی، ارزیابی موقعیت با وضعیت ظاهری و مشاهده ازمایش‌های مرگ مغزی) استخراج شده است.

تمام خانواده‌ها چه رضایت داده و چه رضایت نداده به صورت ناگهانی، بدون سابقه و غیر منتظره خانواده با حادثه اولیه منجر به مرگ مغزی مواجه و به دنبال آن دچار حالت شوک شده بودند. اغلب آنها به رغم اطلاع پزشک و پرستار از وضعیت وخیم بیمار انتظار بهبودی بیمارشان را داشتند و این مسئله باعث مشکل شدن شرایط تصمیم گیری شده بود. «روزای خیلی سختی بود... تا چند ساعت قبلش پیشم بود و داشتیم باهم گپ می زدیم بعدش ناگهان اون تصادف پیش اومد...» [رضایت نداده ۱۲].

در واقع زمان اطلاع از مرگ مغزی بر پذیرش واقعیت و تصمیم گیری تأثیر داشت. خانواده‌هایی که مدت زمانی بین بستری تا مرگ بیمارشان سپری شده بود، در واقع به صورت تدریجی جهت رویارویی با تشخیص مرگ مغزی بر پذیرش و درک واقعیت آماده شده بودند و این مسئله در تصمیم گیری آنها در رضایت به اهدا تأثیر داشت.

«مادرم تقریباً یک ماه بستری بود و هیچ عکس‌العملی نداشت و هیچ واکنشی نشون نمی داد...برای همین حتی قبل از این که پزشک حرفی بزنه حدس می زدم چی شده...» [رضایت داده ۱۱].

به علاوه مشاهده علائم ظاهری مبنی بر بدحالی و وخامت حال بیمار (جراحات متعدد و نداشتن هیچگونه حرکت و عکس‌العمل) در باور و پذیرش مرگ مغزی و تسهیل تصمیم گیری خانواده نقش داشت و بالعکس پذیرش مرگ مغزی در خانواده بیمارانی که وضعیت ظاهری آنها نسبتاً طبیعی بود، بسیار سخت و غیرقابل باور گزارش شد.

«وقتی یک بیمار ۱۰ روز بیفته و هیچ عکس‌العملی از خودش نشون نده و شما ببینید که مثلاً چشمهاش داره از بین می ره و کثیف میشه...باورتون می‌شه که دیگه کاری نمی شه کرد...» [رضایت داده ۶].

مشاهده آزمایش‌های مرگ مغزی نیز یکی از عواملی بود که به نظر می‌رسید در تسهیل تصمیم گیری نقش مهمی ایفا می‌کرد.

«وقتی مطمئن شدم دخترم مرگ مغزی شده که پزشکا اومدن بالا سرش و برای این که بفهمن مرگ مغزیه یک سری عملا و آزمایشا انجام دادن... آب یخی تو گوشش ریختن و با فشار زدن...دخترم هیچ عکس‌العملی نشون نداد ...اونوقت دیگه مطمئن شدم که مرگ مغزی شده چون آزمایشاتو جلوی چشم خودم انجام می دادن...» [رضایت داده ۸].

مضمون۴- میانجی‌های تصمیم ساز

به معنی کلیه عوامل - اعم از اشخاص یا وقایع و غیره- که به صورت واسطه بین عوامل مختلف مطرح شده در تصمیم گیری قرار می‌گیرد و بر نتیجه تصمیم، تأثیر می‌گذارد. این مضمون از ۴ طبقه تأثیر پزشکان معتمد، علما و روحانیون مذهبی و ویژگی‌های فرد متوفی استخراج شد.

اگرچه درخواست اهدا با پزشک انجام می‌شد، اما اکثر خانواده‌ها به خصوص خانواده‌های رضایت داده پس از اطلاع از تشخیص و درخواست اهدا به پزشکان معتمد خود که اغلب خارج از بیمارستان بودند، مراجعه می‌کردند. تأیید یا عدم تأیید مرگ مغزی توسط آنان نقش مهمی در سرنوشت تصمیم گیری آنها ایفا می‌کرد؛ به طوری که عدم تأیید مرگ مغزی بیمار باعث ایجاد نگرانی، تردید و عدم اعتماد به تیم درمانی و به دنبال آن تعارض در تصمیم گیری خانواده می‌شد.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.6.19.1]

«رفتم پیش دکتر - که از پزشکان مورد اطمینان ماست- جریان درخواست اهدای عضو و تعریف کردم گفت نه هنوز برا این حرفا - اهدای عضو- خیلی زوده اینجا بود که من به درخواست اهدای عضو و تشخیص مرگ مغزی شک کردم...» [رضایت نداده ۶].

«بعد از درخواست پدر خانواده از دکتر می‌پرسد آقای دکتر آیا امکان دارد و بیمارستان این اجازه را به ما می‌دهد که از خارج از بیمارستان دکتر متخصص بالاسر بیماران بیاوریم تا ببینیم نظر او درین باره چیست؟» [مشاهده ۱۴].

و در مقابل تأیید مرگ مغزی و عدم بهبود بیمار توسط پزشکان معتمد باعث ناامیدی خانواده از بهبود و برگشت بیمار و اطمینان از مرگ مغزی وی و در نتیجه تسهیل تصمیم گیری می‌گردید.

«بخاطر اینکه خودم اطمینان داشته باشم که یه وقت خطایی نکرده باشم به چند تا دکتر دیگه هم مراجعه کردم حتی با تهران هم تماس گرفتم و اونا هم تأیید کردن به این نتیجه رسیدم که دیگه فایده ای نداره نه تهران و نه مشهد، هیچ جا فایده ای داره...» [رضایت داده ۱]. یکی دیگر از مهم‌ترین واسطه‌های تصمیم گیری پزشک درخواست کننده بود.

از آنجایی که در مراکز مورد مطالعه خبر مرگ مغزی و درخواست اهدا عمدتاً توسط پزشک درخواست کننده - نه پزشک معالج- به خانواده داده می‌شد. لذا قابلیت جلب اعتماد خانواده و کیفیت تعاملی که وی با خانواده برقرار می‌کرد همراه با قدرت مجاب کردن خانواده و نیز کیفیت اطلاعات ارائه شده توسط وی نقش مهمی در کنار سایر عوامل مطرح شده در سرنوشت تصمیم به اهدا ایفا می‌کرد.

«دکتر خیلی خوب قانعم کرد...آقای دکتر توضیحاتو کامل داد و خوشبختانه هم از نظر علمی و هم از نظر اعتقادی منو توجیه کرد و جای هیچگونه شک و تردیدی رو نذاشت ...» [رضایت داده ۳].

در مقابل بعضی از خانواده‌هایی که به اهدا رضایت نداده بودند، توضیحات پزشک درخواست کننده را ناکافی و غیرمجاب کننده ذکر می‌کردند و برخی به دنبال تناقضات استنباط شده از توضیحات پزشک درخواست کننده دچار تردید شده بودند.

«نمی فهمم چطور به خودش اجازه داده بود وقتی هنوز پدرم زنده ست و داره نفس می‌کشه بیاد و راحت از ما بخواد بدنشو تقسیم کنیم خودشم وقتی داشت توضیح می‌داد گفت هنوز معلوم نیست زنده ست یا نه... ما که از حرفاش چیز زیادی سردرنیاوردیم...» [رضایت نداده ۵]. اما واسطه مؤثر دیگر در فرایند تصمیم گیری تأثیر علما و روحانیون مذهبی بود.

از یکی از مهم‌ترین دغدغه‌های ذهنی خانواده‌ها اطمینان از جنبه شرعی و مذهبی تأیید مرگ و اهدای عضو بود. بعضی از خانواده‌های ناراضی به علت ممنوعیت شرعی به رغم رضایت درونی در نهایت به اهدا رضایت نداده بودند.

تمام خانواده‌های رضایت داده از تأیید مذهبی اهدا و مرگ اطمینان حاصل کرده بودند.

«پدرش همون شب رفته بودن حرم و از روحانیون اونجا سؤال کرده بودن که ما اجازه داریم از نظر شرعی اینکارو انجام بدیم یا نه؟» [رضایت داده ۱].

«پدر خانواده به پزشک درخواست کننده می گوید از نظر ما اهدای عضو اشکالی نداره، فقط احازه بدین با دفتر مرجع تقلیدمون تماس بگیریم ببینیم آیا ایشون از نظر شرعی ایرادی نمی‌گیرند» [مشاهده ۷].

عامل مهم دیگر نظر قبلی و خصوصیات متوفی بود. در خانواده‌های رضایت داده دو عامل مربوط به متوفی در رضایت آنها به اهدا تأثیر داشت، یکی رضایت متوفی در زمان حیات وی به اهدا بود که یا به صورت مستقیم و علنی، یا به صورت تلویحی از سوی وی بیان گشته بود.

«همین پارسال، ماه رمضون بود که تلویزیون مریضای مرگ مغزی رو نشون می داد، پسرم گفت ای بابا آدم که می‌میره چه اشکال داره که اعضای بدنشو اهدا کنه...» [رضایت داده ۱۴] و دیگری خصوصیات شخصیتی وی بود. همه خانواده‌های رضایت داده متوفیان را افراد خیرخواه و ازخودگذشته توصیف می‌کردند و بین روحیه ازخودگذشتگی و ایثار متوفی و تصمیم رضایت به اهدای عضو رابطه برقرار کرده بودند.

«من لیاقتشو می‌دیدم که این تصمیم و گرفتم والا این درسته که حق من پدر مادر تو اون لحظه تصمیم گیریه ولی خودشم این لیاقتو داشت... خیلی خیرخواه دیگران بود...» [رضایت داده ۲].

«مادر خانواده می‌گوید پسر من در زمان زندگی اهل کمک و نجات زندگی دیگران بود انگار قسمتش اینه که حتی وقتی که می میره هم زندگی بقیه رو نجات بده ۵ ساله که بود ازش مغز استخون گرفتن تا به بدن برادرش پیوند بدن ۱۷ ساله هم که بود برا خواهرش تصادفی پیش اومد که بشدت به خون نیاز داشت همین

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.6.19.1]

پسرم بهش خون اهدا کرد... حالا هم که بازم باید بدنشو ببخشه تا بقیه زندگی کنن...» [مشاهده ۹].

مضمون۵- تعاملات خانوادگی

به معنای تأثیر تعامل افراد مختلف خانواده با یکدیگر و در نهایت، تأثیر این تعامل بر تصمیم خانواده بود. این مضمون از ۳ طبقه دخالت و مشارکت دادن اعضای تأثیرگذار خانواده، تأثیر بستگان و اهمیت نقش و رضایت مادر استخراج گردید. دخالت اعضای تأثیرگذار خانواده در فرایند درخواست اهدا نقش مهمی در رضایت سایر اعضا به رغم مخالفت اولیه آنان با اهدا ایفا می‌کرد. انتخاب فرد تأثیر گذار - یکی از اعضای خانواده یا بستگان نزدیک- که به وسیله پزشک درخواست کننده صورت می‌گرفت، نقش مهمی در جلب اعتماد خانواده نسبت به تیم درمانی و تفکر مثبت راجع به اهدا ایفا می‌کرد. آنها تحت تأثیر این فرد، مرگ مغزی را پذیرفته و در نهایت تصمیم به اهدا می‌گرفتند.

«فقط من با اهدای عضو موافق بودم چون بخاطر رشته درسیم می دونستم چی اتفاقی افتاده بود...دکتر به من گفت و منم وقتی قبول کردم رفتم خونه و با هرکسی یک جوری به زبون خودش و با قلقی که هر کسی می‌دونستم داره، حرف زدم... از مادر بزرگ پیرم گرفته تا خواهر نوجوونم و ناپدریم...و بالأخره تونستم همه رو قانع کنم...» [رضایت داده ۵].

«پزشک درخواست کننده از دایی مادر خانواده که به نظر می‌رسد جزو بستگان تأثیرگذار خانواده است به همراه خانواده دعوت می‌کند تا در جلسه درخواست اهدا حضور یابد...» [مشاهده ۱۶].

نقش مادر در تصمیم رضایت به اهدای فرزند خود بسیار پررنگ و چشمگیر ارزیابی شد و تقریباً در تمام خانواده‌ها پدر به نظر مادر در اهدا توجه کرده و اهمیت می‌داد.

«بعد از درخواست، مادر بعد از کمی سکوت به دکتر نگاه می‌کند. صدایش می‌لرزد و می‌گوید این چه حرفیه که می زنید آقای دکتر. به خدا اگه ادامه بدین پا می‌شم می‌رم (با لحن تهدیدآمیز) و بعد بدون اینکه دکتر پاسخ یا ادامه بدهد در حالیکه کمی خمیده شده به سرعت از اتاق خارج می شود... بعد از رفتنش دکتر نظر پدر را جویا می‌شود که تا آن لحظه حتی کلمه‌ای صحبت نکرده است... صدایش به شدت می‌لرزد و می‌گوید والّا من خودم راضیم چون به هرحال چند انسان نجات پیدا می‌کنن ولی مسئله‌ای که هست رضایت مادرشه ببینم چکار می‌تونم بکنم...» [مشاهده ۵].

اغلب مادران راضی به اهدا حتی با وجود نارضایتی همسر در نهایت، همسران خود را به اهدای عضو راضی می‌ساختند.

«شوهرم به دخترم خیلی زیاد وابسته بود. وقتی قضیه اهدا مطرح شد، اولش راضی نبود و حتی ناراحت شد، اما من خیلی باهاش صحبت کردم و آخرش راضی شد...» [رضایت داده ۵].

و بالعکس مادرانی که به اهدای اعضای فرزندش تمایلی نداشتند، حتی به رغم رضایت همسر، در نهایت به اهدای عضو راضی نشده بودند.

«مادرش وضعیت بچه رو می دید، می دید که دیگه امیدی نیست، ولی راضی نمی شد. بهرحال مادرش بود خودم راضی بودم ولی اجبارش نکردم گفتم هرچی مادرش بگه... اون زحمتشو کشیده...» [رضایت نداده ۳].

یکی دیگر از عوامل مؤثر در تصمیم گیری بعضی از خانواده‌ها نظرات و تأثیر بستگان بود. بعضی از خانواده‌ها معتقد بودند تأیید مرگ مغزی و اهدا توسط بستگان بیشتر از تأیید پزشکان در تصمیم گیری برای اهدا تأثیر داشت.

«می گفتن(اطرافیان) وقتی اون هنوز زنده س چرا دارین درمورد اهدا حرف می زنین...» [رضایت داده ۲ و ۴].

خانواده‌هایی هم بودند که مستقلاً و به دور از تأثیر نظرات بستگان، تصمیم می‌گرفتند، عموماً زمینه و تصمیم قبلی داشتند و مخالفت بستگان با آنها عملاً در تصمیم آنها تأثیری نداشت.

«با هیچکس درمیون نذاشتیم فقط خودمون ، بعداً همه موافقتشونو اعلام کردن، اون لحظه به هیچکس چیزی نگفتیم، تصمیمات در این جور مواقع با خودمونه...» [رضایت داده ۵].

مضمون ۶- باورها و انگیزه‌ها

مضمون باورها و انگیزه‌ها از دو طبقه باورها و انگیزه‌های درونی و اعتقادات و باورهای مذهبی استخراج شد. باورها و انگیزه‌های درونی در ۲ زیرطبقه «تمایلات انسان دوستانه» و «اعتقادات شخصی» و اعتقادات مذهبی نیز در دو زیر طبقه باورهای دینی برانگیزاننده در تصمیم به اهدا و باورهای دینی ممانعت کننده از اهدا طبقه بندی شد.

انگیزه‌های انسان دوستانه همچون حس نوع دستی، دادن فرصت زندگی به دیگران با اهدای عضو و کمک به افراد مستضعف و نیازمند به عضو در تصمیم به اهدا مؤثر بود.

«دوست داشتم چند نفر به زندگی دوباره برگردن، همین خودش بهترین چیز بود ...» [رضایت داده].

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.6.19.1]

به علاوه در تصمیم گیری، رجوع فرد به باورها و اعتقادات فردی و مذهبی خود نقش عمده‌ای در سرنوشت تصمیم داشت. اعتقاد به حق بودن و اجتناب ناپذیری مرگ و نیز پایان نپذیرفتن زندگی با مرگ، اعتقاد به تقدیر و سرنوشت و حکمت نهفته در بروز هر حادثه، باور ادامه وجود متوفی در دنیا و همچنین بقا، شادی و آرامش روح متوفی با اهدا، از جمله اعتقادات و باورهایی بود که خانواده‌ها به آنها اشاره و در تصمیم گیری مؤثر ذکر کردند.

«گفتم دخترم جسمه این جسم بدرد نمی خوره و می ره زیر خاک چه بهتر که روحش زنده بمونه فقط دقیقا این فکر تو ذهنم اومد که پرستو رو وقتی خاک می کنن...آخه خیلی زیبا بود حیفم اومد که اون همه زیبایی بره زیر خاک ...» [رضایت داده ۳].

«حتماً حکمتی داشت که مرگ مغزی شد وگرنه چرا همون لحظه با اون برخورد شدید تموم نکرد ...» [رضایت داده ۹].

حتی بعضی باورها تأثیر بعضی از نگرانی‌ها مثل مثله شدن را حل می‌کرد: «گفتم اگه رضایت بدم مثله می شه ولی مثله شدن برای رضای خداست پس اشکالی نداره...» [رضایت داده ۵].

اما در خانواده‌هایی که به اهدا رضایت نداده بودند نیز باورهای مذهبی نقش عمده‌ای در تصمیم آنها ایفا می‌کرد. وجوب حفظ حرمت میت و ممنوع بودن تکه تکه کردن میت در اسلام، اعتقاد به اشکال در معاد جسمانی با اهدای عضو، اعتقاد به خواست خدا در درمان و بهبود بیماران نیاز مند پیوند بدون ملاحظه و نیاز به اهدا، انتقال گناهان گیرنده به دهنده و عذاب روح متوفی با اهدا از جمله این اعتقادات بود.

«خدا اگه خودش می‌خواست اون بیمارای نیازمند و درمان می کرد خودش خواست که اونا بیمار شدن و بهرحال عمر اونا دست خداست... اگه قرار باشه اون آدم محتاج به قلب، ۵ سال دیگه با قلب برادر من زنده بمونه بدون قلب برادر منم زنده می مونه...» [رضایت نداده ۹].

بحث و نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد مهم‌ترین عوامل مؤثر بر تصمیم گیری خانواده بیماران مرگ مغزی در فرایند اهدای عضو بر مبنای تجارب آنها، پذیرش مرگ مغزی، آمادگی شناختی، کیفیت و زمان مواجهه، میانجی‌های تصمیم ساز، تعاملات خانوادگی و باورها و انگیزه‌ها است. در مروری بر مطالعات انجام شده مشخص می‌شود اگرچه در مطالعات به طور پراکنده به جزئیات و ابعاد هر یک از مضامین عنوان شده اشاره شده بود و در واقع محتوای کلی اکثر طبقات شکل گرفته در مطالعه حاضر با نتایج سایر مطالعات همخوانی دارد، اما هیچ یک از مضامین «آمادگی ذهنی»، «کیفیت و زمان مواجهه»، «میانجی‌های تصمیم ساز»- و بعضی از زیرطبقات مانند «تصمیم داوطلبانه»، «تأثیر پزشکان معتمد»، «تأثیر علما و روحانیون»، «نقش مادر» در مطالعات به عنوان یک مضمون مستقل و زمینه‌ای شکل نگرفته بود. به علاوه به نظر می‌رسد در کل مطالعه ما به جمع بندی کامل‌تری در مقایسه با سایر مطالعات در این زمینه رسیده است. به عنوان مثال در مطالعه وست و بور طبقات مرتبط با تصمیم به اهدا ۶ طبقه، درک صحیح مرگ مغزی، عقاید فرهنگی، زمان خاص، مکان درخواست، رویکرد انفرادی درخواست و خصوصیات متوفی شناسایی شد [۳]. برخلاف مطالعه وی، طبقه مکان درخواست در مطالعه حاضر ظاهر نگردید و به عنوان یک عامل مؤثر در تصمیم گیری شناسایی نشد که شاید به این علت بوده که تمام درخواست‌ها در اتاق مخصوص که شرایط مناسب درخواست را دارد ـ خلوت و آرام دور از بخش و بیمار ـ صورت می‌گرفته است. در مرور نظام مند کورز و چارف در آمریکا، موارد مؤثر بر تصمیم گیری خانواده شامل عوامل دموگرافیک، دانش، نگرش و عقاید بود [۲۰]. عوامل دموگرافیک مانند سن، جنسیت، نژاد و غیره نیز در مطالعه فعلی به عنوان عوامل مؤثر شناسایی نشد که می‌تواند به علت ماهیت کیفی مطالعه و محدود بودن تعداد شرکت کنندگان در مطالعه باشد. در مطالعه آلدریج و گی طبقات شکل گرفته شده شامل زمینه خانواده، مشخصات فرد درخواست کننده و دینامیک‌های درخواست بود [۲۱] که با بعضی از طبقات حاصل از نتایج مطالعه کنونی همپوشانی دارد. اگرچه مطالعه ما به عوامل تأثیر گذار بیشتری در تصمیم گیری خانواده رسیده است، بود. مضمون پذیرش مرگ مغزی در این مطالعه مضمونی است که در راستای نتایج مطالعات محققان مختلفی چون مارتینیز و لوپز و وست و بور در استرالیا و سایر محققان است. مطالعه مارتینیز و لوپز نشان داد درک صحیح بستگان از مرگ مغزی تصمیم به اهدا را تسهیل می‌کند [۴]. مطالعه وست وبور نیز نشان داد عدم درک صحیح مرگ مغزی خانواده‌ها همراه با امتناع از اهدا می‌شود [۳]. مطالعات سایر محققان نیز نشان داده است که عدم درک مفهوم مرگ مغزی و فقدان اطلاعات مرتبط با مرگ مغزی با عدم رضایت خانواده و امتناع آنها از اهدا عضو مرتبط است [۲۶-۲۲]. در مطالعه حاضر در مواردی، خانواده‌ها پس از پذیرش مرگ مغزی، به صورت

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.6.19.1]

داوطلبانه به اهدای عضو روی آوردند کـه ایـن نشـان دهنـده نقـش آگاهی خانواده و نیز وجود فرهنـگ ایثـار و از خودگذشـتگی اسـت. وقوع این امر، نقش زمینه و آمادگی ذهنی و شناختی خانواده و نیـز نقش باورها و اعتقادات ایشان در این خصوص را منعکس می‌نماید.

مضمون آمادگی شناختی نیز به صورت مستقل در مطالعات وجود نداشت، اما به محتوای طبقات مـرتبط بـه نقـش رسـانه و آگـاهی و تجربیات قبلی در مطالعات متفاوت اشاره شده بود، به عنـوان مثـال در مطالعه وست و بور تجربه شرکت کنندگان به عنوان یک مضمون مهم در نظر گرفته شـد [۳]. رایـس نشـان داد افـرادی کـه تجربـه دهنده قبلی یـا گیرنـده عضـو یـا افـرادی در لیسـت انتظـار دارنـد، احتمال این که تصمیم به اهدای عضو داشته باشـند، در مقایسـه بـا دیگرانی که این تجربه را ندارند بیشتر است [۹]. در مطالعه سـکیو، سیمینوف و فرانس نیز کنفوزیون بین کوما و مـرگ در خـانواده بـه علت تجربه کومای قبلی و نیز گیجی با سـایر شـرایط مغـزی ماننـد کوما و زندگی نباتی باعث تصمیم به عدم اهـدا شـده بـود [۲۹-۲۷، ۲۲].

به مفهوم اهمیت نقش و تأثیر رسانه نیـز بـه عنـوان یـک مفهـوم مستقل منتج از داده‌های زمینه‌ای اشـاره نشـده بـود، اگرچـه اکثـر مطالعـات بـه صـورت مسـتقل راجـع بـه تـأثیر رسـانه در فراینـد تصمیم گیری خانواده هنگام مواجهه با درخواست اهدا بحـث کـرده بودند. در صورتی که مفهوم اهمیت نقش و تـأثیر رسـانه بـه عنـوان یکی از مفاهیم اساسی در مطالعه ما ظاهر شد که در واقع نقـش آن در تصمیم گیری خانواده بسیار پررنگ بود، تقریباً همه خانواده‌هـای رضایت داده رسانه را عامل مهمی در تصمیم به اهدا ذکر می‌کردنـد و بالعکس خانواده‌های رضایت نداده از تأثیر منفی رسانه بر تصـمیم به عدم اهدا حکایت می‌کردند.

نتایج مطالعه کیفی مورگـان و هاریسـون نیـز نشـان داد اعضـای خانواده اطلاعات مهم درباره اهدای عضو را از طریق رسـانه دریافـت کرده بودند و متأسفانه بیشتر اطلاعات حاصل از نمایش رسانه منفی بود. به علاوه نتایج مطالعه آنها نشـان داد، مـوانعی در اهـدای عضـو وجود دارد که به صورت فعـال بـه وسـیله نمـایش منفـی رسـانه از اهدای عضو انتقال می‌یابد [۳۰]. نتایج مطالعه کیفی ملانوی و واکـر نیز به طور عـام، معنـی دادن منفـی رسـانه دربـاره اهـدای عضـو را منعکس کرد و نشان داد رسانه می‌تواند با نـوع نمـایش خـود ابهـام درباره اهدای عضو را در خانواده افـزایش دهـد [۲۶]. بـه عـلاوه بـه مفهوم زمان و کیفیت مواجهه نیز در هـیچ مطالعـه‌ای اشـاره نشـده بود، اگرچه به محتوای کلی مفهوم آمادگی زمـانی و نقـش زمـان در تسهیل تصمیم گیری خانواده، مطالعات اشاره کرده بودند. به عنـوان مثال، «زمان درخواست» مفهومی بود که در مطالعه محققـان دیگـر از جمله لاو و کامستی و سکیو و نیل و ماتیس ظهور کـرد. بـه ایـن معنی که دادن فرصت زمانی به خانواده برای پذیزش مرگ عزیزشان قبل از درخواست اهدای عضو، مهم‌ترین عامل به دست آمـده مـؤثر بر تصمیم گیری خانواده در رابطه با اهدای عضـو در مطالعـات فـوق بـود [۳۴، ۳۳، ۶]. اگرچـه در مطالعـه مـا ایـن مسـئله بـه عنـوان مهم‌ترین عامل، شناسایی نشد، اما به عنـوان یـک عامـل تأثیرگـذار مشخص شد. به علاوه در مرور مطالعات ضمن عدم اشاره به مفهـوم کیفیت مواجهه یا همان مشاهده علائم و مستندات به صـورت یـک مفهوم مستقل، درباره ابعاد و کلیات آن نیـز توضـیحات کمـی ارائـه شده بود. در مطالعه سکیو دیدن علائم قابل مشـاهده پایـان زنـدگی نقش مهمی در مواجهه خانواده با درخواست اهدای عضو داشت [۶].

اگرچه در مقالات به مضمون میانجی‌های تصمیم ساز بـه صـورت مستقل اشاره نشده بود، اما بعد مرتبط با نقش متوفی هـم راسـتا بـا نتـایج سـایر مطالعـات بـود و بـرخلاف ایـن مطالعـه در بسـیاری از مطالعات به عنوان مضمون اصلی و مهم‌ترین عامل مؤثر بـر تصـمیم خانواده درنظر گرفته شده بود. در مطالعه مـارتینیز و لـوپز از میـان متغیرهای مؤثر در تصمیم خانواده مشخصات متوفی به عنوان عامل کلیدی در فرآیند رضایت شناسایی شد. در حقیقت بیان متـوفی در زمان حیاتش مبنی بر خواسته وی درباره اهدا نشـان داده شـد کـه می‌تواند پیشگویی کننده‌ترین عامل در تصـمیم خـانواده باشـد [۴]. مطالعه ویلر نشان داد شـرکت کننـدگان در مطالعـه بـدون داشـتن دانش شفاف دربـاره نظـر متـوفی از اهـدا امتنـاع ورزیـده‌انـد. آنهـا نمی‌خواستند با پیامدهای تصمیم گیری اشـتباه و بـی احترامـی بـه متوفی مواجه شوند [۳۱]. مطالعه راسل نیز نشـان داد اگـر اعضـای خانواده از مخالف متوفی در زمان حیات خود با اهدا آگاه باشند، بـه اهدا رضایت نمی‌دهند [۳۲]. در مطالعه سکیو نیز مهم‌تـرین دلایـل خانواده برای موافقت یا مخالفت با اهـدا حفاظـت از بـدن متـوفی و آگاهی از خواسته متوفی درباره اهدا بود [۶]. امـا در مطالعـه فعلـی بعضی از خانواده‌ها به رغم وصیت متوفی به اهدا به علـت تردیـد بـه مرگ مغزی وی به اهدا رضایت ندادند که این عامل علاوه بر تفـاوت جوامع دارای ساختارهای فردگرا با جامعـه مـا نشـان دهنـده نقـص نظام درمانی فعلی کشوردر ایجـاد اطمینـان بـه خـانواده در صـحت تشخیص مرگ مغزی و اطمینان از برگشـت ناپـذیری وی اسـت. از

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.6.19.1]

طرفی در مطالعه ما علاوه بر نظر متوفی درباره اهدای عضو، عامل دیگر مرتبط با متوفی ویژگی‌های شخصیتی وی بود؛ به طوری که بعضی از خانواده‌های رضایت داده به استناد خصوصیات رفتاری و جنبه‌های شخصیتی متوفی رضایت وی را به اهدا در نظر گرفته و استنباط می‌کردند که البته به تأثیر خصوصیات شخصیتی متوفی در تصمیم گیری خانواده نیز در سایر مطالعات اشاره نشده بود.

نقش علما و روحانیون مذهبی در مطالعات کمتر مورد بحث قرار گرفته بود که می‌تواند به دلیل تأثیرپذیری فراوان مردم از مذهب و نقش پررنگ رهنمودهای دینی در تصمیمات مردم در ایران باشد. مطالعه کیفی راندا‌واو در انگلستان نشان داد در جمعیت مورد مطالعه فرهنگ و مذهب کمتر نقش بازدارنده در اهدای عضو ایفا می کند و در واقع فتاوای مذهبی برای بسیاری از مردمان اسیایی به خصوص مسلمانان اهمیت داشت [۳۵]. به نقش و تأثیر بستگان در تصمیم گیری در مطالعات اشاره شده بود، در مطالعه بلالی و پاپاداتو در سطح بین فردی تصمیم به وسیله اجتماعی که همه اعضای خانواده آن را حمایت و تصدیق می‌کنند صورت می‌گرفت. در این مطالعه همانند نتایج مطالعه حاضر نقش بستگان برجسته نشان داده شد [۳۶]. نتایج مطالعه ویلیامز و همکاران نیز مانند این مطالعه نقش مهم بستگان و نیز پزشک درخواست کننده را در تصمیم گیری تأیید کرد [۳۷]. در مطالعه لارج و مارتینز در اسپانیا انتخاب یک تصمیم گیرنده اصلی توسط درخواست کننده و نیز مهارت‌های فرد درخواست کننده یکی از عوامل مهم در تصمیم گیری خانواده بود [۸]. اما در مطالعه ما علاوه بر پزشک درخواست کننده، نقش سایر پزشکان یعنی پزشکان معالج و به خصوص پزشکان مورد اعتماد خانواده که اغلب پزشکانی خارج از پزشکان کادر درمانی بیمارستان بودند، نیز در فرایند تصمیم گیری خانواده مؤثر ظاهر شد که محقق در سایر مطالعات نتوانست در مورد آنها به خصوص پزشکان معتمد مطلبی یافت نماید. این مسئله می‌تواند به نوعی نمایانگر کم اعتمادی خانواده به تشخیص پزشکان کادر درمانی و نیز ناموفق بودن تیم مراقبتی و درمانی بیمار در جلب اعتماد کامل خانواده باشد. نقش مادر در این مطالعه بسیار پررنگ و چشمگیر ارزیابی شد؛ نتیجه‌ای که در مطالعات دیگر به آن اشاره نشده است و می‌تواند منعکس کننده نقش مهم و تأثیرگذار مادر در فرایند تصمیم گیری خانواده‌های ایرانی باشد. در نهایت، به تأثیر باورها و عقاید فرهنگی و مذهبی که در مطالعه ما یکی از کلیدی‌ترین عوامل مؤثر در تصمیم گیری خانواده بود، در مطالعات اشاره شده بود. به عنوان مثال در مطالعه مارتینیز و لوپز در اسپانیا عقاید مذهبی فرهنگی، تمایلات نوع دوستانه نیز در مطالعات، به عنوان عوامل مؤثر بر تصمیم خانواده ذکر شد [۴]. نتایج مرور نظام مند کورز و چارف در آمریکا نشان داد آلتوریسم یا نوع دوستی به عنوان یک دلیل عمده در تصمیم به اهدا در آفریقایی‌های آمریکایی نقش ایفا می‌کند [۲۰].

مطالعه ما نشان داد صرف نظر از انگیزه‌ها و اشتراکات متشابه جوامع مختلف انسانی، تحت تأثیر زمینه‌های متفاوت فرهنگی ـ مذهبی و مشخصات جامعه شناختی، تصمیم گیری خانواده درباره اهدای اعضای بیمار مرگ مغزی، وابسته به عوامل زمینه‌ای متعدد و مختلفی همچون کیفیت و زمان مواجهه، میانجی‌های تصمیم سازی چون پزشکان معتمد و علما و روحانیون مذهبی، نقش مادر، باورها و اعتقادات خاص اسلامی و غیره است که درخواست اهدای عضو از خانواده بدون ملاحظه و درنظرگرفتن آنها باعث پیچیده‌تر شدن شرایط دشوار تصمیم گیری در آنها می‌شود. لذا به منظور تسهیل شرایط تصمیم گیری خانواده در ابتدا بایستی به شناخت عوامل مؤثر بر تصمیم خانواده پرداخت و با درنظر گرفتن آنها درخواست اهدای عضو را مطرح نموده و به خانواده کمک کرد تا بهترین تصمیم خود را اتخاذ نماید، تصمیمی که بعدها هیچگونه تعارض و پشیمانی به بار نیاورد.

نتایج این مطالعه نشان داد عوامل متعددی در اهدای عضو مؤثر است. کشف و تبیین این عوامل به سیاست گذاران و مدیران برای برنامه ریزی و مداخلاتی در ارتباط با فرهنگ سازی و تسهیل در اهدای عضو کمک می‌نماید. به علاوه با توجه به نتایج مطالعه مبنی بر تأثیر پذیرش مرگ مغزی بر رضایت به اهدا و حتی تصمیم داوطلبانه توصیه می‌شود تیم مراقبتی و درمانی از درک خانواده نسبت به مفهوم مرگ مغزی و برگشت ناپذیری آن مطمئن شوند و اطلاعات شفاف و کامل دراین رابطه با زبان قابل فهم به خانواده بدهند. با توجه به تأثیر رسانه توصیه می‌شود نسبت به تهیه و تدارک برنامه‌های ویژه مضامین مرگ مغزی و اهدای عضو دقت ویژه مبذول شود.

در آمادگی با توجه به عامل کیفیت و زمان مواجهه خانواده سعی شود خبر مرگ مغزی و درخواست اهدا در دو زمان متفاوت به خانواده اطلاع داده شود تا شوک و ناباوری خانواده کمتر شود. با توجه به اهمیت مشاهده مستمر متوفی و علائم و مستندات مرگ تمهیداتی اندیشه شود تا خانواده در جریان پیشرفت بیماری و نیز

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.6.19.1]

مدارک و علائم دال بر مرگ مغزی قرار گیرند. با توجه به تأثیر میانجی‌ها از مشارکت و فعال کردن علما و روحانیون مذهبی برای حل مشکلات اعتقادی خانواده می‌توان استفاده کرد. همچنین یافته‌های این پژوهش که ماهیت و عوامل مؤثر بر تصمیم گیری خانواده را مشخص و تعریف کرده، می‌تواند در طراحی یک ابزار اختصاصی برای سنجش و تعیین میزان این عوامل در خانواده‌ها سود جست.

سهم نویسندگان

زهرا سادات منظری: طراحی و اجرای مطالعه، تدوین مقاله
عیسی محمدی: استاد راهنما
عباس حیدری: استاد مشاور
حمیدرضا آقامحمدیان شعرباف: استاد مشاور
محمدجعفر مدبر عزیزی: استاد مشاور
ابراهیم خالقی: استاد مشاور

تشکر و قدردانی

شایسته است مراتب سپاس قلبی از تمام شرکت کنندگان در مطالعه که صبورانه به بازگویی تجارب خویش پرداختند، ابراز گردد. همچنین این گزارش، بخشی از رساله دکتری پرستاری مصوب دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس است که لازم است از حمایت معاونت پژوهشی دانشگاه تربیت مدرس و همکاران محترم در مرکز مدیریت پیوند استان خراسان رضوی و تمامی همکاران پرستار و پزشک در تحقیق سپاسگزاری گردد.

منابع

1. Beaulieu D. Organ donation: the family's right to make an informed choice. Journal of Neuroscience Nursing 1999; 31: 37-42
2. Abouna GM. Organ shortage crisis: problems and possible solutions. Journal of Transplantation Proceedings 2008; 40: 34-38
3. West R, Burr G. Why families deny consent to organ donation. Australian Critical Care 2002; 15: 27-32
4. Martınez JM, Lopez JS, Martın A, Martın MJ, Scandroglio B, Martın JM. Organ donation and family decision-making within the Spanish donation system. Social Science & Medicine 2001; 53: 405-21
5. Jorge S, Martínez l, Lopez M, Scandroglio B, Martínez G. Family perception of the process of organ donation. Qualitative psychosocial analysis of the subjective interpretation of donor and nondonor families. Spanish Journal of Psychology 2008; 11: 125-36
6. Sque M, Long T, Payne S, Allardyce D. Why relatives do not donate organs for transplants: 'sacrifice' or 'gift of life'? Journal of Advanced Nursing 2008; 61: 134-44
7. Kim JR, Elliott D, Hyde C. The influence of sociocultural factors on organ donation and transplantation in Korea: findings from key informant interviews. Journal of Transcultural Nursing 2004; 15; 147-54
8. Siminoff LA, Lawrence RH, Arnold RM. Comparison of black and white family experiences and perceptions regarding organ donation requests. Critical Care Medicine 2003; 31: 146-51
9. Rice C, Tamburlin J. A confirmatiory analysis of the organ donation readiness index: measuring the potential for organ donation among African Americans. Research on Social Work Practice 2004; 14: 295-303
10. Frutos M, Ruiz P, Requena M, Daga D. Family refusal in organ donation: analysis of three patterns. Transplantation Proceedings 2002; 34: 2513-14
11. OMallon M. Vulnerable populations: exploring a family perspective of grief. Journal of Hospice & Palliative Nursing 2009; 11: 91-98
12. Shahsavani A. A study on the attitude of the office employees of Kerman city toward the donation of their and their relatives' organs after brain death diagnosis. Journal of Kerman University of Medical Sciences; 1997 [Persian]
13. Rezai S, Shakoor A. Study on the awareness and attitudes of the individuals above 15 of Tehran toward brain death and the transplant organ donation after brain death in the dependents. Journal of Scientific Forensic Medicine 2000; 6: 24-28 [Persian]
14. Sadeghi M. A comparative legal study on donation and trans-plant of organ in the Iranian laws. Faculty of Law and Islamic Teachings. Imam Sadegh University, 2003 [Persian]
15. Morse MJ, Field AP. Qualitative research methods for health professionals. 2 nd Edition, Thousand Oaks, CA, Sage Publications: USA, 1995

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.6.19.1]

16. Krippendorff K. Content analysis: an introduction to its methodology. 1 st Edition, Thousand Oaks, CA, Sage Publications: USA, 1995
17. Sandelowski M. Whatever happened to qualitative description? Research in Nursing and Health 2000; 19: 114-23
18. Elo S, Kyngas H. The qualitative content analysis process. Journal of Advvance Nursing 2008; 62: 107-15
19. Polit DF, Beck CT. Essentials of nursing research, methods, appriasal and utilization. 6th Edition, Lippincott Williams& Wilkins: Philadelphia, 2006
20. Kurz R, Scharff D, Terry T, Alexander S. Factors influencing organ donation decisions by African Americans: a review of the literature. Medical Care Research and Review 2007; 64: 475-517
21. Aldridge A, Guy BS. Deal breakers in the organ donation request process. Health Mark Q 2008; 23: 17-31
22. DeJong W. Requesting organ donation: an interview study of donor and nondonor families. American Journal of Critical Care 1998; 7: 13-23
23. Durand-Zaleski I, Waissman R, Lang P, Well B, Foury M, Bonnet E. Non-procurement of transplantable organs in a tertiary care hospital:a focus on sociological causes. Transplantation 1994; 62: 1224-29
24. Burroughs TE, Hong BA, Kappel DF, Freedman BK. The stability of family decisions to consent or refuse organ donation: would you do it again. Psychosomatic Medicine 1998; 60: 156-62
25. DeJong W, Franz HG, Wolfe SM. Requesting organ donation: an interview study of donor and nondonor families.American Journal of Critical Care 1998; 7: 13-23
26. Maloney G, Walker I. Messiahs, pariahs, and donors: the development of social representations of organ transplants. Journal of Theory in Social Behavior 2000; 30: 203
27. Siminoff LA, Mercer MB, Arnold RM. Families understanding of brain death. Progress in Transplantation 2003; 13: 218-24
28. Siminoff LA, Burant C, Youngner SJ. Death and organ procurement: public beliefs and attitudes. Social Sciences Medicine 2004; 59: 2325-34
29. Franz HG, DeJongW,Wolfe SM, Nathan H, Payne D, Reitsma W, Beasley C. Explaining brain death: a critical feature of the donation process. Journal of Transplant Coordination 1997; 7: 14-21
30. Morgan S, Harrison TR, Long SD, Afifi WA, Stephenson MS, Reichert T. Family discussions about organ donation: how the media influences opinions about donation decisions. Clinical Transplantation 2005; 19: 674-82
31. Wheeler MS, OFriel M, Cheung AHS. Cultural beliefs of Asian Americans as barriers to organ donation. Journal of Transplant Coordination 1994; 4: 146-50
32. Rosel J, Frutos M, Blanca M, Ruiz P. Driscriminant variables between organ donors and nondonors: a post hoc investigation. Journal of Transplant Coordination 1999; 9: 50-3
33. Kometsi K, Louw J. Deciding on cadaveric organ donation in black African families. Clinical Transplantation 1999; 13: 473-78
34. Niles PA, Mattice BJ. The timing factor in the consent process. Journal of Transplant Coordination 1996; 6: 84-87
35. Randhawa G. an exploratory study examining the enfluence of religion on attitudes toward organ donation among the Asian population in Luton. UK Nephrology Dialysis Transplantation 1998; 13: 1949-54
36. Bellali T, Papadatou D. The decision-making process of parents regarding organ donation of their brain dead child: A Greek study. Social Science & Medicine 2007; 64: 439-50
37. Williams M, Lipsett P, Rushton C, Grochowski E, Berkowitz I, Stephen L, et al. The physician's role in discussing organ donation with families. Critical Care Medicine 2003; 31: 1568-73

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.6.19.1]