

Research Paper

The Importance of Caring for Brain Death Patients Candidate for Organ Donation: A Qualitative Study

Hamideh Yazdimoghaddam¹, *Zahra Sadat Manzari², Abas Heydari³, Esa Mohammadi⁴, Ibrahim Khaleghi⁵

Citation Yazdimoghaddam H, Manzari ZS, Heydari A, Mohammadi E, Khaleghi I. [The Importance of Caring for Brain Death Patients Candidate for Organ Donation: A Qualitative Study (Persian)]. *Iran Journal of Nursing*. 2022; 35(1):60-75. <http://dx.doi.org/10.32598/ijn.35.1.2874.1>

doi <http://dx.doi.org/10.32598/ijn.35.1.2874.1>



Received: 04 May 2021

Accepted: 21 May 2022

Available Online: 01 May 2022

Keywords:

Brain death, Nurses,
Organ donation,
Qualitative study

ABSTRACT

Background & Aims Caring for patients with the diagnosis of brain death is one of the heaviest duties for nurses. The importance of organ donation is one of the biggest challenges of nursing in the intensive care unit. This qualitative research aimed to investigate the experience of nurses in care for brain death patients.

Materials & Methods The study was qualitative research using a content analysis method. Purposive sampling started with in-depth semi-structured interviews with 20 participants and continued until the data saturation stage. Data were analyzed using conventional qualitative content analysis.

Results Qualitative analysis of data content led to the extraction of themes reflecting the research of nurses' experiences in the care of the brain dead patients and including "organ donation; a distinct care element" and "facing increased tensions and conflicts." Finally, the main themes of "Care stress resonance following a distinct donation situation; a distinct care element" were abstracted.

Conclusion Due to the importance of maintaining the health of donation organs, nurses' experiences have shown that they face many challenges while caring for brain death patients. But the issue of organ donation is one of the significant issues affecting the care of organ donors, so managers can take practical proceedings by identifying nurses' challenges in this field to improve the quality of care for these patients.

1. Department of Operating Room , Iranian Research Center on Healthy Aging , Faculty of Paramedics, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran.
2. Department of Nursing , Nursing and Midwifery Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.
3. Nursing and Midwifery Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.
4. Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.
5. Organ Procurement Unit of Mashhad university of Medical Sciences, Mashhad. Iran.

*** Corresponding Author:**

Zahra Sadat Manzari

Address: Department of Nursing, Nursing and Midwifery Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

Tel: +98 (51) 38598019

E-Mail: manzariz@mums.ac.ir

Extended Abstract

Introduction

Brain death is the irreversible loss of all brain functions, including the brainstem. The care process for brain-dead patients involves several challenges for nurses.

Sensitivity care for the patient and high anxiety of the patient's family following the observation of the vulnerable condition of their patient has made nursing care one of the nurses' heaviest tasks. Because of the increased workload, the sensitivity of care in the Intensive Care Unit affects the performance of nurses in caring for brain-dead patients. Caring for patients with the diagnosis of brain death is one of the heaviest duties for nurses. The importance of organ donation is one of the biggest challenges of nursing in the Intensive Care Unit. This qualitative research aimed to investigate nurses' experience caring for brain-dead patients who are candidates for organ donation.

Materials & Methods

The present study was qualitative research using content analysis. The data collection process with purposive sampling started through in-depth semi-structured interviews with open-ended and in-person questions, starting by focusing on the main topics or points of the research. Purposive sampling continued until the data was saturated.

The duration of each interview session varied between 40 and 95 minutes depending on the tolerance and desire of the participants and having enough time and the interview process. As the study progressed, the interviews were conducted based on the questions created, and the researcher directed his questions based on the essential categories created. The researcher listened to the topics expressed by the participants and preferably encouraged them to talk about a topic relevant to the purpose of the study. The participants agreed upon the time and place of the interviews, which were conducted individually in a quiet environment. All the interviews were directed by the same researcher (first authors), and the recorded interviews were transcribed word-by-word and reviewed repeatedly. Data analysis was initiated with the first interview.

Data collection in this qualitative research was performed purposefully through in-depth semi-structured interviews with 20 participants and continued until the data saturation stage. Data analysis was performed by conventional content analysis. After each interview, they were

transcribed immediately. The text of the interviews was read and reviewed several times. Then the data was broken down into semantic units in sentences and paragraphs related to the central meaning. The semantic units were inspected several times, and then the appropriate codes of each semantic unit were written. Codes were classified based on conceptual and semantic similarity and were as small and concise as possible. Finally, the themes were abstracted. The analysis process was repeated, and each class was corrected with the addition of each interview.

To increase the scientific reliability and validity of the results, the methods used by Lincoln and Guba. These two researchers consider the four criteria of credibility, dependability, conformability, and transferability necessary for the consistency and robustness of qualitative data. Continuous engagement with the data and confirmation of the data by the participants, allocation of sufficient time to the study, and open and empathetic communication with the participants were also factors that increased the validity of the study data. Also, the interviews and the initial coding and contents were reviewed by a research colleague and several researchers in the field of qualitative research. Maximum variance sampling has increased the verification and transferability of data. The credibility of the results was followed by repeated and long-term analysis reviews over one month.

Results

In this qualitative study, 20 semi-structured and in-depth interviews were performed with nurses working in intensive care units (ICU) hospitals affiliated with the Universities of Medical Sciences in Mashhad, Neyshabur, and Sabzevar, Khorasan Razavi, Iran.

Participants were recruited from nurses (36% male and 64% female) aged (28 to 49 years) and 4 to 26 years of experience in care for brain death patients in the ICU. Qualitative data analysis leads to the emergence of 1270 initial codes, 13 subcategories, 4 initial categories, and 2 categories.

Qualitative analysis of data content led to the extraction of themes reflecting the study of "experiences nurses the care of the brain dead patients" in ICU. These categories include "organ donation; a distinct care element" and "facing increased tensions and conflicts." Finally, the theme of "Care stress resonance following a distinct donation situation; a distinct care element" were abstracted.

Discussion

The results showed that the issue of organ donation has caused nurses to provide comprehensive care for the brain-dead patient who is a candidate for organ donation despite enduring a lot of stress. Due to the importance of maintaining the health of donation organs, nurses' experiences have shown that they face many challenges while caring for brain death patients. But the issue of organ donation is one of the major issues affecting the care of organ donors, so managers can take effective proceedings by identifying nurses' challenges in these fields to improve the quality of care for these patients. Therefore, it is recommended that the university education and hospitals should provide special training programs on the importance of organ donation and how to care for a patient donor organ to increase knowledge about the organ donation process, taking into account the mental and emotional needs of nurses. Planning for supportive work environment conditions is essential to improve the quality of nursing care. These findings are necessary to increase the quality of nursing care and organ health in transplanting potential organs.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

The ethical approval of this study was received from the Ethics Committee of [Mashhad University of Medical Sciences](#) with code IR.MUMS.REC.1394.58.

Funding

This article is a part of Hamidah Yazdi Moghadam's doctoral nursing thesis of the Faculty of Midwifery Nursing, [Mashhad University of Medical Sciences](#) (Code 931512) and was done with the financial support of this university.

Authors' contributions

In all sections, the authors have contributed equally, except for the interview section, which was conducted by Hamida Yazdi Moghadam.

Conflict of interest

There are no conflicts of interest.

Acknowledgments

All the participants in this study, who patiently recounted their experiences and provided honest cooperation for

the implementation of the research study, are sincerely appreciated and grateful for the support of the Research Vice-Chancellor of [Mashhad University of Medical Sciences](#).

مقاله پژوهشی

اهمیت مراقبت از بیماران مرگ مغزی کاندید اهدای عضو: یک مطالعه کیفی

حمیده یزدی مقدم^۱، زهرا سادات منظری^۲، عباس حیدری^۳، عیسی محمدی^۴، ابراهیم خالقی^۵

چکیده

تاریخ دریافت: ۱۴ اردیبهشت ۱۴۰۰

تاریخ پذیرش: ۰۱ اردیبهشت ۱۴۰۱

تاریخ انتشار: ۱۱ اردیبهشت ۱۴۰۱

زمینه و هدف: مراقبت از بیماران با تشخیص مرگ مغزی یکی از سنگین ترین وظایف پرستاران در بخش های مراقبت ویژه است و به علت اهمیت اهدای عضو به عنوان یکی از بزرگ ترین چالش های پرستاری محسوب می شود. این پژوهش کیفی با هدف تبیین تجارب پرستاران در مراقبت از بیماران با تشخیص مرگ مغزی انجام شده است.

روش بررسی: این تحقیق، مطالعه ای کیفی با رویکرد تحلیل محتواست. جمع آوری داده ها به صورت هدفمند از طریق مصاحبه نیمه ساختاریافته عمیق با ۲۰ مشارکت کننده آغاز و تا مرحله اشباع داده ها ادامه یافت. تحلیل داده ها هم زمان با جمع آوری به روش تحلیل محتوای کیفی و با رویکرد قراردادی انجام شد.

یافته ها: تحلیل کیفی محتوای داده ها منجر به استخراج مضامینی شد که بیانگر تجارب پرستاران در مراقبت از بیماران مرگ مغزی است و شامل «مواجهه با تنش ها و کشمکش های فزاینده» و «هدا، عامل مراقبت متمایز» است. در نهایت، مضمون اصلی تشدید تنش مراقبتی به دنبال موقعیت متمایز اهدا، انتزاع شد.

نتیجه گیری: با توجه به اهمیت سالم ماندن اعضای پیوندی، تجارب پرستاران نشان داد آن ها در مراقبت از بیماران مرگ مغزی با تنش های فراوانی مواجه هستند، اما مسئله اهدای عضو یکی از موضوعات مهمی است که مراقبت از بیماران مرگ مغزی را تحت تأثیر قرار می دهد. بنابراین مدیران می توانند با شناسایی مشکلات پرستاران در این زمینه اقدامات مؤثری انجام دهند تا کیفیت مراقبت از این بیماران بهبود یابد.

کلیدواژه ها:

مرگ مغزی، پرستاران، اهدای عضو، مطالعه کیفی

۱. گروه اتاق عمل، مرکز تحقیقات سلامت سالمندان، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سبزواری، سبزواری، ایران.
۲. گروه پرستاری، مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۴. گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.
۵. مرکز مدیریت پیوند دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

* نویسنده مسئول:

زهرا سادات منظری

نشانی: مشهد، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، دانشکده پرستاری مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری و مامایی، گروه پرستاری.

تلفن: ۰۹۸ (۵۱) ۳۸۵۹۸۰۱۹

رایانامه: manzariz@mums.ac.ir

مقدمه

نگرانی‌هایی را در زمینه مرگ مغزی و اهدای عضو از نظر فرهنگی و مذهبی مطرح کردند [۸، ۶]، به طوری که این اعتقادات و باورها به علت دانش ناکافی پرستاران و تیم مراقبتی درباره مرگ مغزی و اهدا، مانع تسریع در تشخیص مرگ مغزی و شروع اقدامات برای فرایند اهدای عضو می‌شود و نتیجه‌ای جز از دست رفتن کاندید احتمالی اهدای عضو و کاهش کیفیت ارگان‌های اهدایی نداشته است [۹]. از آنجایی که پرستاران بخش مراقبت ویژه در خط اول تشخیص و مراقبت از بیمار مرگ مغزی قرار دارند، نقش مهمی در مراقبت از بیماران کاندید اهدا و سالم ماندن اعضای حیاتی ایفا می‌کنند [۱۰]. بنابراین نادیده گرفتن این مسائل می‌تواند منجر به طولانی شدن فرایند مراقبت از بیمار شده و بر کیفیت مراقبت از اهداکنندگان بالقوه تأثیر منفی داشته باشد [۱۱]. نتایج مطالعه کوسای^۲ نشان داد درک بهتر اهدای عضو و مفاهیم توسط پزشکان، پرستاران، قانون‌گذاران و مقامات مذهبی به‌طور مستقیم بر روی رفتارها و باورهای جامعه تأثیر می‌گذارد و این موضوع بر گسترش نگرش مثبت نسبت به اهدای عضو و پیوند در جامعه کمک می‌کند [۱۲].

از دیگر چالش‌های مهم، مراقبت از اعضای بالقوه بیمار کاندید اهداست که در فرایند مراقبت از این بیماران اهمیت زیادی دارد. طبق مطالعه فورسبرگ^۳ بعد از اعلام مرگ مغزی، برای زنده نگه داشتن و قابلیت اهدا کردن اعضای بیمار، نیاز به تدارک مداخلات شدید تکنیکی و مراقبت پرستاری وجود دارد تا اهدای اعضا از کاندید اهدای عضو امکان‌پذیر شود [۱۳]. در کشورهای توسعه‌یافته، نرخ اهدای عضو، ۲۰ تا ۳۰ درصد به‌ازای هریک میلیون نفر جمعیت است [۱۴]. برای مثال در کشور سوئد میزان اهدای عضو برطبق آمار ثبت بین‌المللی اهدای عضو و پیوند^۴ افزایش یافته [۱۵] که نشان‌دهنده اصلاح ساختار سازمانی از سال ۲۰۱۱ به بعد است. در ایران در سال ۲۰۱۶، پنج تا هشت‌هزار مرگ مغزی گزارش شده است که از این میان ۲۵۰۰ تا چهار هزار به‌عنوان دهنده بالقوه اعضا شناسایی شده‌اند و روزانه هفت تا ده نفر از بیماران در لیست انتظار، جان خود را از دست می‌دهند. این آمار اهمیت شناسایی به‌موقع و مراقبت صحیح برای تیم درمان و مراقبت به‌ویژه پرستاران را آشکار می‌کند [۶].

با توجه به آمار بالای مرگ مغزی سالانه در ایران و آمار بالای افراد نیازمند به پیوند عضو در کشور و مرگ سالیانه تعداد زیادی از بیماران نیازمند پیوند به علت نرسیدن عضو مناسب پیوندی، دستورالعمل شماره ۱۰۰/۵۴ مورخ ۱۳۹۴/۰۱/۲۳ از طرف وزیر بهداشت به دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور ابلاغ شده است که در بند ۴ آن بر مراقبت دقیق و مطابق با دستورات تخصصی دارویی، حفظ ارگان‌های حیاتی فرد مرگ مغزی (حفظ الکترولیت‌ها، فعالیت کلیه‌ها، کبد، قلب، ریه‌ها و پایدار نگه داشتن علائم حیاتی) تأکید شده است که همه این موارد ضرورت و اهمیت مراقبت صحیح از بیمار مرگ مغزی

مراقبت از بیماران مرگ مغزی بسیار پیچیده و پراسترس است و به‌عنوان یکی از بزرگ‌ترین چالش‌های پرستاری در بخش مراقبت ویژه، محسوب می‌شود [۱]. اهمیت این مسئله به حدی است که باعث شد است از ابعاد و زوایای مختلف مورد توجه محققین مختلف در سرتاسر دنیا قرار گیرد. مطابق آمارها یکی از عمده‌ترین علل مرگ مغزی در ایران، حوادث رانندگی است، به طوری که از هر ده تصادف یک مورد منجر به مرگ می‌شود و از هر صد مورد مرگ، یک مورد مرگ مغزی است. در ایران نسبت به سایر کشورها، بیشترین آمار مرگ مغزی دیده می‌شود [۲]. با توجه به آمارهای بالای مرگ مغزی، پرستاران در بخش‌های مراقبت ویژه بیشترین تجربه مواجهه با مراقبت از بیماران مرگ مغزی را دارند [۳]. بنابراین نقش آن‌ها در شناسایی به‌موقع بیماران مرگ مغزی و مراقبت صحیح از بیماران کاندید احتمالی اهدای عضو و در نتیجه سلامت اعضای اهدایی احتمالی بیش از پیش آشکار می‌شود [۱]. بر طبق نتایج مطالعات، پرستاران در فرایند مراقبت از بیماران مرگ مغزی با چالش‌های زیادی روبه‌رو هستند که این چالش‌ها علاوه بر اینکه استرس زیادی را به پرستار تحمیل می‌کند، می‌تواند بر فرایند اهدای عضو نیز تأثیرگذار باشد [۴].

یکی از این چالش‌ها درک مفهوم مرگ مغزی است. مفهوم مرگ مغزی و مراقبت از بیماران کاندید اهدای عضو به‌عنوان یک بخش حیاتی عملکرد پرستاری در بخش مراقبت ویژه محسوب می‌شود، به طوری که پرستاران از تجربه مراقبت بیماران مرگ مغزی و در واقع مراقبت از اعضای پیوندی احتمالی به‌عنوان یک چالش بزرگ یاد می‌کنند. حساسیت مراقبت از بیماران، مواجهه با موقعیت‌های بحرانی و اضطراب زیاد خانواده بیمار به دنبال مشاهده وضعیت آسیب‌پذیر بیمارشان باعث شده تا مراقبت پرستاری به‌عنوان یک مراقبت پیچیده و یکی از سنگین‌ترین وظایف پرستار محسوب شود، زیرا افزایش بار کاری، اولویت و حساسیت مراقبت‌ها در بخش ویژه، عملکرد پرستاران در مراقبت از بیمار مرگ مغزی را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۵].

یکی از دیگر چالش‌ها در فرایند مراقبت از بیماران مرگ مغزی، توجه به جنبه‌های فرهنگی و اخلاقی مرگ مغزی و اهدای عضو است که باعث می‌شود پذیرش مرگ مغزی برای پرستاران دشوارتر شود [۶]. علت این چالش اخلاقی، مرده تلقی کردن فرد دارای علائم حیاتی است. نتایج مطالعه آلتینور^۱ نشان داد درباره مفهوم مرگ مغزی بین صاحب‌نظران یک توافقی کلی وجود ندارد و ترس از شتابزدگی درباره تعریف مرگ و عدم تمایز آن از کما، دلیل اصلی این‌گونه تردیدها و عدم اجماع در این مورد است [۷]. تفاوت در اعتقادات مذهبی، مسائل فرهنگی و دیدگاه‌های پرستاران بر باورها و عملکرد آن‌ها تأثیرگذار است. نتایج مطالعات نشان داد پرستاران

2. Kocaay, Akin Firat

3. Anna Forsberg

4. International Registry In Organ Donation And Transplantation

1. Mehmet Haberal

به‌عنوان مشارکت‌کنندگان اصلی شامل مدرک کارشناسی پرستاری، دارای حداقل سابقه یک سال کار به‌عنوان پرستار بالین در بخش مراقبت ویژه و سابقه مراقبت از بیماران مرگ مغزی بود. نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند از ماه بهمن سال ۱۳۹۴ آغاز و تا مرحله اشباع داده‌ها در ماه آبان سال ۱۳۹۶ ادامه یافت. بدین‌معنی که بعد از هر مصاحبه هیچ‌کدام یا داده جدیدی به دست نیامد و تمام سطوح مفهومی تکمیل شدند.

روش اصلی جمع‌آوری داده‌ها در پژوهش حاضر مصاحبه نیمه‌ساختاریافته و عمیق با سؤالات باز و رودررو و یادداشت‌های در عرصه بود. سؤال اصلی که از مشارکت‌کنندگان پرسیده می‌شد این بود: «از لحظه‌ای که فرایند مراقبت از یک بیمار مرگ مغزی را بر عهده گرفتید، در هر موقعیت با چه چالش‌ها و مشکلاتی مواجه شدید؟ چگونه با آن‌ها کنار آمده و از آن عبور کردید؟» طی مصاحبه‌ها از مشارکت‌کنندگان درخواست می‌شد که این گفت‌وگو را با بیان تجربیات مراقبتی به‌صورت دقیق و جز‌به‌جزء ادامه دهند. به علاوه برای هدایت مصاحبه و متناسب با پاسخ مشارکت‌کنندگان سؤالات دیگری از قبیل «آیا می‌شود در این زمینه بیشتر توضیح دهید؟ آیا تجربه‌ای در این زمینه دارید که برای من توضیح بدهید؟» پرسیده می‌شد. با پیشرفت مطالعه، مصاحبه‌ها بر اساس سؤالات ایجادشده هدایت می‌شد و محقق سؤالات خود را براساس طبقات برجسته و مهم ایجادشده جهت می‌داد [۲۰] و مشارکت‌کنندگان را تشویق می‌کرد تا درباره هدف مطالعه صحبت کنند. کوشش برای سانسور نکردن داده‌ها از طریق پیش‌فرض‌ها و پیش‌ذهنیات محقق، عدم تورش در گوش دادن و مشاهده کردن و نیز کشف تمایل اصلی مشارکت‌کنندگان در محیط و نحوه برخورد آن‌ها با این موضوع یا حل آن از تعهدات محقق بود. تمام مصاحبه‌ها در بیمارستان انجام شد. مدت‌زمان هر جلسه مصاحبه بین ۴۵ تا ۹۰ دقیقه بر حسب تحمل و تمایل مشارکت‌کنندگان و داشتن زمان کافی و روند مصاحبه متغیر بود.

تحلیل داده‌ها به روش تحلیل محتوی قراردادی^۶ و با رویکرد سیه و شانون^۷ انجام شد. این روش با تقلیل و طبقه‌بندی داده‌های کیفی می‌کوشد تا معانی آن‌ها را درک کند [۲۱، ۲۲]. 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 انجام‌شده درباره پدیده موردنظر محدود است. در این رویکرد، تولید طبقات به شیوه استقرایی و به‌صورت مستقیم از داده‌های مطالعه استخراج می‌شود [۲۰].

بدین ترتیب، مصاحبه‌ها بلافاصله بعد از انجام، رونویسی می‌شدند. متن مصاحبه‌ها چندین بار خوانده و مرور می‌شد. سپس داده‌ها به واحدهای معنایی در قالب جملات مرتبط با معنای اصلی شکسته شد. واحدهای معنایی نیز چندین بار مرور شد و سپس کدهای

کاندید اهدای عضو به کارکنان درگیر در این فرایند به ویژه پرستاران مراقبت‌کننده از این بیماران را تبیین می‌کند [۱۶].

با توجه با چالش‌های مذکور، پرستاران در فرایند مراقبت از بیمار مرگ مغزی با مشکلاتی مواجه می‌شوند که ممکن است بر سلامت ارگان‌های بالقوه برای اهدا تأثیر بگذارد. لازمه نیل به این هدف، توجه عمیق به تجارب واقعی پرستاران در این موقعیت دشوار است. تا زمانی که تجربه واقعی پرستاران و چالش‌هایی که در فرایند مراقبت از بیمار مرگ مغزی با آن مواجه می‌شوند، کشف و شناسایی نشود، هرگونه برنامه‌ریزی برای اتخاذ تصمیمات صحیح در مورد مراقبت‌های پیچیده از این بیماران به‌صورت درست امکان‌پذیر نخواهد بود و بر دیگر نقش‌های پرستاران در قبال سایر بیماران نیز تأثیر می‌گذارد.

باید روش‌های کیفی برای کسب نگاهی نو درباره آن چیزهایی که می‌زانی از آگاهی درباره‌شان وجود دارد، به کار گرفته شوند تا بتوانند جزئیات ظریفی از پدیده‌هایی که ارائه آن‌ها به روش‌های کمی مشکل است، نشان دهند [۱۷]. بنابراین در این پژوهش سعی شده در یک مطالعه کیفی، به بررسی عمیق دنیای ذهنی پرستاران پیرامون تجربه مراقبت از بیمار مرگ مغزی پرداخته شود. این مطالعه با هدف تبیین تجارب پرستاران در مراقبت از بیماران مرگ مغزی کاندید اهدای عضو انجام شد.

روش بررسی

با توجه به هدف پژوهش، بهترین روش برای بررسی عمیق تجارب افراد استفاده از رویکرد کیفی است. رویکردهای کیفی در پی کشف تجارب زنده افراد در زندگی روزمره‌شان است و به درک پدیده‌ها در موقعیت‌های طبیعی و به همان شکلی که رخ داده است، می‌پردازند [۱۸]. از آنجایی که هدف مطالعه دست‌یابی به درک عمیق‌تری از تجارب پرستاران در مراقبت از بیماران با تشخیص مرگ مغزی کاندید اهدای عضو بود، از روش تحلیل محتوا^۸ استفاده شد. تحلیل محتوا به منظور استخراج مضامین اصلی و کشف الگوهای موجود در بین داده‌ها به کار می‌رود که با تقلیل و طبقه‌بندی داده‌های کیفی می‌کوشد تا معانی آن‌ها را درک کند.

پژوهش کیفی برای به‌دست آوردن بصیرت و کشف معنا درباره یک تجربه، موقعیت یا حادثه تاریخی انجام می‌شود. هدف رسیدن به درکی عمیق از یک نمونه منتخب هدفمند است و نه تعمیم‌دادن یافته‌ها از نمونه منتخب تصادفی به جمعیت هدف، مثل آنچه در پژوهش کمی انجام می‌شود. بنابراین در پژوهش کیفی تمرکز نمونه‌گیری بیشتر بر تجربیات، حوادث و وقایع است [۱۹]. مشارکت‌کنندگان این تحقیق شامل پرستارانی بودند که تمایل به توصیف تجربه خود را داشتند و از قدرت ارتباط کلامی لازم برای ارائه اطلاعات غنی و کامل به پژوهشگر برخوردار بودند و توسط سرپرستار هر بخش معرفی می‌شدند. معیارهای ورود برای پرستاران

6. Conventional
7. Hsieh and Shannon

5. Content Analysis

طبقه اولیه و دو طبقه شد. این طبقات شامل «اهدای عامل مراقبت متمایز» و «مواجهه با تنش‌ها و کشمکش‌های فزاینده» است که در نهایت مضمون «تشدید تنش مراقبتی به دنبال موقعیت متمایز اهدا» انتزاع شد (جدول شماره ۱).

اهدای عامل مراقبت متمایز

این طبقه از دو طبقه اولیه «بی‌نتیجه بودن مراقبت از بیمار غیر کاندید» و «بی‌نتیجه بودن مراقبت از بیمار غیر کاندید» استخراج شد. این طبقات بیانگر تأثیر اهدای عضو بر چگونگی مواجهه و روند مراقبت از بیمار مرگ مغزی است، زیرا از یک طرف، اهدا باعث انگیزه پرستار در ارائه مراقبت دقیق و همه‌جانبه‌ای از بیمار کاندید بالقوه اهدا می‌شود و از طرفی، استرس رساندن بیمار کاندید به اهدا می‌تواند منبع بزرگی از تنش را برای آن‌ها ایجاد کند. اما برای پرستار، نبود شرایط اهدا، نوعی بی‌نتیجگی در مراقبت از بیمار مرگ مغزی را تداعی می‌کند.

اهدای تقویت‌کننده انگیزه و معنادارنده مراقبت

اعلام بیمار مرگ مغزی به‌عنوان کاندید اهدای عضو در مراقبت از بیمار موقعیت ویژه‌ای را به‌وجود می‌آورد. استراتژی پرستاران در این موقعیت به‌صورت افزایش حساسیت و ارائه مراقبت دقیق‌تر از بیمار کاندید اهداست.

«مریضی که کاندید شده، قطعاً براش بیشتر تلاش می‌کنی که کاراش رو دقیق و بهتر انجام بدی. از نظر مراقبتی به این مریض بهتر می‌رسی که کراتینینش، الکترولیت‌هاش، جذب و دفعش به هم نریزه...» (مشارکت‌کننده ۱۴).

پیامد حساسیت در مراقبت از بیمار کاندید به سرانجام رسیدن اهداست. بنابراین پرستاران با ارائه مراقبت همه‌جانبه در جهت حفظ اعضای پیوندی تلاش می‌کنند.

«مراقبت از مریض مرگ مغزی کاندید خیلی مهمه. حتی یک کوتاهی تو مراقبت باعث از کار افتادن اعضای بیمار می‌شه و دیگه قابلیت پیوند نداره. پس باید مراقبت‌هاش رو دقیق انجام بدی تا اعضااش برای اهدا سالم بمونه» (مشارکت‌کننده ۴).

اهمیت اهدای عضو به حدی است که باعث می‌شود در تقسیم کار، مسئول شیفیت حتی در انتخاب پرستار مراقبت‌کننده نیز دقت بکند.

«مریضی که کاندید شده، خیلی بارکاریش زیاده، چون حساسیتش بیشتر می‌شه. پرستارش رو هم در نظر می‌گیرم که تجربه داشته باشه و تو مراقبت دقیق باشه» (مشارکت‌کننده ۱۶).

علی‌رغم اینکه دریافت رضایت از خانواده جزو وظایف کمیته فراهم‌آوری اعضاست و وظیفه پرستار نیست، اما زندگی بخشی باعث انگیزه پرستاران برای جلب رضایت خانواده به اهدا می‌شود و برای دریافت رضایت از خانواده با اعضای تیم پیوند همکاری می‌کنند.

مناسب هر واحد معنایی نوشته شد. پس از آن، کدها بر اساس تشابه مفهومی 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، سپس کدها در طبقه‌های اصلی که کلی‌تر و مفهومی‌تر بود، قرار گرفتند. جریان تجزیه و تحلیل با اضافه شدن هر مصاحبه تکرار و طبقات اصلاح می‌شدند و در نهایت، مضمون‌ها انتزاع شدند [۲۰].

برای افزایش اعتماد و اعتبار علمی نتایج، از روش‌هایی که توسط گوبا و لینکولن^۸ معرفی شده استفاده شد. این دو پژوهشگر چهار معیار مقبولیت، تأییدپذیری، وابستگی و قابلیت انتقال را برای قوام و استحکام داده‌های کیفی لازم می‌دانند [۲۳]. درگیری مداوم با داده‌ها و تأیید داده‌ها توسط مشارکت‌کنندگان، تخصیص زمان کافی به مطالعه و ارتباط باز و همدلانه با مشارکت‌کنندگان نیز از عوامل فزاینده اعتبار داده‌های مطالعه بود. در زمینه انتقال‌پذیری، دست‌نوشته‌ها، مصاحبه‌ها و واحدهای تحلیل همراه با کدهای اولیه استخراج شدند به مشارکت‌کنندگان ارائه شدند و نظرات تکمیلی آن‌ها دریافت و اصلاحات لازم انجام و نکات پیشنهادی لحاظ شد. همچنین مصاحبه‌ها و کدگذاری اولیه و طبقات توسط همکاران تحقیق و سه استاد صاحب‌نظر در زمینه پژوهش‌های کیفی مورد بررسی مجدد قرار گرفت. استفاده از نمونه‌گیری با حداکثر واریانس به معنای انجام مصاحبه با افراد مختلف (از لحاظ سن، جنسیت، وضعیت شغلی، سابقه کار، محل کار)، از مراکز درمانی متفاوت، تصدیق، تأیید و انتقال‌پذیری داده‌ها را افزایش داد. تخصیص زمان کافی به مطالعه و ارتباط باز و همدلانه با مشارکت‌کنندگان، دریافت مجوز کمیته اخلاق، توضیح هدف پژوهش، هدف استفاده از ضبط صوت، نحوه جمع‌آوری داده‌ها برای مشارکت‌کنندگان و جلب همکاری آنان، دریافت رضایت‌نامه کتبی برای شرکت آگاهانه، اطمینان از حفظ ناشناسی مشارکت‌کنندگان، پاسخ به سؤالات، حق امتناع از ادامه پژوهش و اطلاع‌رسانی از عوامل فزاینده اعتبار داده‌های مطالعه بود. داده‌ها با نرم‌افزار MaxQda نسخه ۱۰ تجزیه و تحلیل شدند.

رضایت‌نامه کتبی از مشارکت‌کنندگان تهیه و از آن‌ها برای ضبط مصاحبه اجازه گرفته می‌شد. به آن‌ها اطمینان داده شد که گفته‌های آن‌ها به‌صورت محرمانه حفظ و در اختیار کسی جز محقق قرار نمی‌گیرد.

یافته‌ها

در این پژوهش کیفی، بیست مصاحبه نیمه‌ساختاریافته و عمیق با پرستاران (هجده پرستار و دو مصاحبه تکمیلی با آن‌ها) در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی در شهرهای مشهد، نیشابور و سبزوار انجام شد. محدوده سنی پرستاران بین ۲۸ تا ۴۹ سال و سابقه کاری پرستاران بین ۴ تا ۲۶ سال بود. تجزیه و تحلیل کیفی داده‌ها منجر به ظهور ۱۲۷۰ کد اولیه، سیزده زیرطبقه، چهار

8. Guba & Lincoln

دقیق و همه‌جانبه از بیمار کاندید، فرایند اهدا به نتیجه مطلوب برسد.

رویارویی پرتلاطم با زنجیره‌های پی‌درپی تنش

تنش‌ها و کشمکش‌های پشت سرهم پرستاران در فرایند مراقبت به دنبال تجربه تنش‌زای اولین مراقبت ایجاد می‌شود، چنانکه پرستار از تأیید مرگ مغزی بیمار، دچار یأس و ناامیدی می‌شود. اعلام خبر مرگ مغزی به خانواده با وجود اینکه وظیفه پرستار نیست، اما مواجهه با آن برای پرستاران تنش‌زاست. مواجهه با احساسات خانواده در فرایند مراقبت بسیار دشوار و در مواردی بسیار دردناک است. پرستاران با وجود تحمل استرس‌های فراوان در مراقبت از بیمار مرگ مغزی در برخی موارد از سوی خانواده در معرض مقصر شناخته‌شدن قرار می‌گیرند و به علت عدم حس پشتوانه و حمایت از سوی سیستم درمانی و مراقبتی استرس زیادی را در فرایند مراقبت از بیمار مرگ مغزی متحمل می‌شوند. مراقبت از بیمار به دنبال استرس و تنش شدید ناشی از اولین تجربه مراقبت از بیمار مرگ مغزی، برای پرستار بسیار دشوار است.

«برای اولین بار استرسم خیلی زیاد بود، خیلی سخت بود برخورد با اون، یک جور ترس داشتم که بهش نزدیک بشم» (مشارکت‌کننده ۲).

حال اگر پرستار قبل از مرگ مغزی‌شدن بیمار از وی مراقبت می‌کرد و به دلایلی بیمار دچار رخداد مرگ مغزی شود، با تأیید شدن مرگ مغزی بیمار، پرستار به علت ناامیدی از زنده ماندن و برگشت بیمار، بسیار متأثر می‌شود.

«وقتی به‌طور قطعی می‌گن که این مرگ مغزی شده و اگه تا ۲۴ ساعت دیگه برای اهدا بره که رفته وگرنه از بین می‌ره، اونجاست که دیگه ناراحت می‌شی. نه اینکه می‌خواد بره اهدا، نه، از اینکه چرا مرگ مغزی شد، چون مطمئنی که دیگه زنده نمی‌مونه» (مشارکت‌کننده ۳)

یکی از موقعیت‌های تنش‌زای مراقبت، اعلام خبر مرگ مغزی به خانواده است که پرستاران هیچ نقشی در اعلام خبر مرگ مغزی به خانواده ندارند و وظیفه اعضای کمیته اهداست، اما با توجه به اینکه خانواده‌ها بیشترین ارتباط را با پرستاران دارند، در شرایطی این امر غیر قابل اجتناب است.

«مرتب می‌آن می‌پرسن که وضعیت مریضمون چی شد. رابط کمیته هم که رفته، بعضی خانواده‌ها این‌قدر تو شوک هستن که اصلاً نمی‌فهمن اون چی گفته. گاهی مجبور می‌شی که توضیح بدی اما خیلی سخته گفتنش...» (مشارکت‌کننده ۱۶).

مواجهه با خانواده و مشاهده احساسات آن‌ها در قبال بیمارشان یکی دیگر از موقعیت‌های تنش‌زایی است که برای پرستاران خیلی سخت و ناخوشایند است.

«اینکه بتونم به افراد نیازمند پیوند که درد می‌کشن کمک کنم تا زندگی‌شون رو ادامه بدن، برای من بالاترین انگیزه است. اینکه بتونم خانواده رو تشویق کنم که رضایت بدن. همین حس من رو تشویق می‌کنه که مراقبت‌م رو هم دقیق انجام بدم...» (مشارکت‌کننده ۱۱)

«همراهی با ناراحتی به مریضش نگاه می‌کرد ولی هیچی نگفت، صداش نزد. احساس کردم شاید به خاطر صحبت‌های رابط کمیته که گفت دیگه هیچی متوجه نمی‌شه و مغزش از کار افتاده، بود. فقط به دستگاه بالای سرش نگاه کرد و گفت ضربان قلبش چنده؟ پرستار گفت: ضربان قلبش خوبه، ولی این مهم نیست. چون مغزش کار نمی‌کنه، دیگه هیچ فایده‌ای نداره، حیفه بیایید رضایت بدید...» (مشاهده ثبت‌شده)

بی‌نتیجه بودن مراقبت از بیمار غیر کاندید

این طبقه بیانگر حساسیت کمتر پرستاران در مراقبت به علت اعتقاد به برگشت‌ناپذیری و پیش‌بینی فوت بیمار غیر کاندید است.

«مراقبت انجام می‌شه، ولی نه با اون حساسیت و دقتی که برای مریض کاندید اهدا انجام می‌دی. واقعا نمی‌تونم مرگ رو تعیین کنی، ولی تجربه‌هاست می‌گه این مریض چند روز دیگه می‌میره...» (مشارکت‌کننده ۱۲).

در بسیاری از موارد این کاهش حساسیت در مراقبت از بیمار غیر کاندید به علت تأثیر نگرش پزشک معالج است. در موارد معدودی قضاوت پزشک مبنی بر جداسازی بیمار باعث کاهش حساسیت مراقبت از بیمار غیر کاندید در پرستاران می‌شود.

«مراقبت از این مریضا از نظر پزشکا هیچ فایده‌ای نداره. ناخودآگاه حساسیت ما هم تو مراقبت کم می‌شه. ما مراقبتمون رو تا وقتی که مریض فوت کنه ادامه می‌دیم، ولی نه با اون حساسیت مریض کاندید اهدا...» (مشارکت‌کننده ۱۷)

این نگرش مبنی بر احساس بیهودگی و بی‌اهمیت بودن مراقبت از بیمار مرگ مغزی غیر کاندید در بیشتر موارد منجر به عدم انجام مراقبت کامل از این بیماران می‌شود.

«گاهی یک مراقبت‌ش رو انجام نمی‌دی، مثلاً دهانشویه داره یک شیفت می‌گه ولش کن، انجام نمی‌دی و ممکنه یکسری کارای دیگش رو نرسی انجام بدی و بی‌خیال شی، چون واقعا فایده‌ای براش نداره...» (مشارکت‌کننده ۲).

مواجهه با تنش‌ها و کشمکش‌های فزاینده

این طبقه از دو طبقه اولیه «رویارویی پرتلاطم با زنجیره‌های پی‌درپی تنش» و «چالش الزام حق و تکلیف» تشکیل شده و بیانگر مواجهه پرستاران با تنش‌ها و کشمکش‌های پشت سرهم در فرایند مراقبت است، اما پرستاران تلاش می‌کنند که مراقبت را به نحوی انجام دهند که بر این استرس‌ها و تنش‌ها غلبه کنند و با ارائه مراقبت

جدول شماره ۰۱ طبقات/مفاهیم استخراج شده از داده‌ها

طبقات	طبقات اولیه	زیرطبقات	زیرزیرطبقات
			دقت کمتر در مراقبت از بیمار غیر کاندید
			سهولت مراقبت از بیمار غیر کاندید
		حساسیت کمتر مراقبت از بیمار غیر کاندید	حساسیت و بار مراقبتی کمتر بیمار غیر کاندید
	بی نتیجه بودن مراقبت از بیمار غیر کاندید		احساس قصور کمتر در مراقبت از بیمار غیر کاندید
			استرس کمتر در مراقبت از بیمار غیر کاندید
			ناراحتی از تلاش بیهوده در مراقبت بدنبال عدم رضایت خانواده
		احساس بیهودگی در مراقبت بدنبال عدم رضایت به اهدا	بی سرانجام بودن مراقبت از بیمار غیر کاندید
			بیهودگی و معنادار نبودن مراقبت از بیمار غیر کاندید
			زندگی بخشی انگیزه تلاش برای جلب رضایت خانواده
			تداوم زندگی دهنده عضو با اهدای اعضا به گیرنده
		زندگی بخشی مشوق تلاش برای کسب رضایت به اهدا	اهمیت رضایت دادن خانواده به اهدا در فرایند مراقبت
			تأثر از اختلال در فرایند اهدا به دنبال عدم رضایت خانواده
اهدای عامل مراقبت متمایز			اعتقاد به برگشت ناپذیری عامل تلاش برای اخذ رضایت به اهدا
			اهمیت و حساسیت مراقبت در سرانجام اهدا
			ادامه مراقبت به امید پیوند اعضا
			تمرکز در مراقبت همه جانبه از اعضای پیوندی
			حفظ عضو پیوندی نتیجه مراقبت دقیق
			مراقبت دقیق تر و حساس تر بیمار کاندید
			مراقبت دقیق تر به علت احتمال رضایت خانواده
			اهدای عامل تفاوت مراقبت از بیمار مرگ مغزی کاندید با غیر کاندید
			تلقی از بیمار کاندید اهدا به عنوان بیمار بدحال با بار کاری مراقبتی بالا
			کاندید اهدا بودن، عامل پرکار لحاظ کردن بیمار در واگذاری مراقبت به پرستار
			کاندید اهدا بودن، عامل حساسیت و توجه بیشتر در واگذاری مراقبت به پرستار
			درک اهمیت و حساسیت پیوند اعضا
			تأثیر اهدا بر نحوه و نوع ارتباط پرستار با بیمار
		اهدای عنصر تمایز در مراقبت زندگی بخش	

طبقات	طبقات اولیه	زیرطبقات	زیرزیرطبقات
		تنش سالم رساندن بیمار به اهدا	مراقبت پرتنش ناشی از اهمیت رساندن اعضا به پیوند پیچیدگی و سختی مراقبت همه‌جانبه بیمار کاندید تلاش مراقبت‌مدارانه برای به سرانجام رساندن اهدا استرس الزام زنده نگه داشتن بیمار دقت و حساسیت در مراقبت به علت ترس از قصور درک ناخوشایند رخداد مرگ مغزی به دنبال اهمال مراقبتی
	چالش الزام حق و تکلیف	ترس از عقوبت و قصور	درگیری ذهنی ناشی از ثبت مراقبت‌های انجام‌نشده بیمار غیرکاندید توجه و حساسیت در مراقبت به علت ترس از عقوبت درگیری ذهنی رخداد مرگ مغزی به دنبال قصور در مراقبت ترس از اهمال در مراقبت برای رساندن بیمار به مرحله اهدا تأثر روانی به دنبال اهمال مراقبتی از بیمار غیرکاندید عذاب وجدان بدنبال کوتاهی در مراقبت از بیمار غیرکاندید مراقبت پرتنش به دنبال درگیری ذهنی قصور سخت و ناخوشایند بودن اعلام خبر مرگ مغزی عدم تمایل به اعلام خبر مرگ مغزی ترجیح اعلام مرگ مغزی از سوی پرستار رابط کمیته اهدا ترجیح اعلام مرگ مغزی از سوی پزشک
	مواجهه با تنش‌ها و کشمکش‌های فزاینده	تنش اعلام خبر مرگ مغزی به خانواده	تنش اولین مواجهه دشواری و تنش اولین تجربه مراقبت سختی رویارویی با احساسات خانواده مشاهده دردناک وداع خانواده با بیمار سختی مواجهه با ناآگاهی و درک نادرست خانواده تأثر از برداشت ذهنی خانواده از اهدا به صورت تکه‌تکه کردن بیمارشان اندوه و تألم ناشی از همدردی با خانواده ترس از شکایت احتمالی علی‌رغم مراقبت درست ناراحتی از عدم حمایت سیستم درمانی و مراقبتی از پرستار حس ناخوشایند نادیده گرفته شدن تأثر و درگیری ذهنی از برخورد منفی خانواده احساس ناامنی و ترس از رفتار خشونت‌آمیز خانواده دشواری مقصر دانسته شدن از سوی خانواده نامیدی و اندوه به دنبال تأیید مرگ مغزی بیمار عدم رغبت در مراقبت به دنبال احساس ناامیدی اندوه و ناامیدی از بی‌نتیجگی تلاش‌های مراقبتی قبل از رخداد مرگ مغزی
		تجربه تنش‌زای اولین مراقبت	
		دشواری مواجهه با احساسات خانواده	
	رویارویی پرتلاطم با زنجیره‌های پی در پی تنش		
		حس فقدان پشتوانه و حمایت در مراقبت	
		استرس مقصر قلمداد شدن از سوی خانواده	
		یأس و ناامیدی به دنبال تأیید مرگ مغزی	

اعضای حیاتی‌ش سالم بمونه» (مشارکت کننده ۱۱).

سختی مراقبت از این بیماران به علت انجام مراقبت لحظه‌به‌لحظه و دقیق، پیگیری‌های مختلف و اطلاع آن‌ها به پزشک معالج، پزشک تیم اهدا و هماهنگی بین آن‌ها و سپس اجرای دستورات و ثبت آن‌ها در پرونده است و علی‌رغم انجام همه این مراقبت‌ها، استرس رسیدن بیمار به اهدا هم وجود دارد.

«تو می‌توانی کار خیلی سخته، اینکه پیگیر باشی، پزشک اهدا که زنگ می‌زنه اوردرهای (دستورات) اون رو اجرا کنی. هم‌زمان با اوکی پزشک معالجش باشه، حواسه به بیمار باشه که فشارش نیفته پایین، اگه مشکل داشت حتماً اطلاع‌رسانی بشه... همه این کارا رو باید تا لحظه آخر بکنی و دقیقم باید باشه، ولی بازم استرس داری که مریض به اهدا برسه» (مشارکت کننده ۱۰)

برخی از پرستاران در این فرایند مراقبتی با درگیری ذهنی ترس از قصور به علت نداشتن دانش و آگاهی کافی در زمینه مراقبت از بیمار مرگ مغزی مواجه می‌شوند و احساس می‌کنند که در حق بیمار کوتاهی کردند و مراقبت از بیمار به‌طور همه‌جانبه و صحیح انجام نشده است. بنابراین احساس ترس از عقوبت و قصور در آن‌ها شکل می‌گیرد.

«نه اینکه احساس کنم کوتاهی می‌کنم، گفتم نکنه من کاری رو نتونم انجام بدم، دانشش رو نداشته باشم که یک جور کوتاهی کردن باشه. ببین آدم گاهی می‌مونه، نکنه شاید به خاطر اینکه من دانشم کافی نیست، یک‌جور اجحاف بکنم در حق مریض...» (مشارکت کننده ۶).

در این موارد چون پرستار قبل از رخداد مرگ مغزی از بیمار در بخش ویژه، مراقبت کرده و بعد بیمار دچار مرگ مغزی شده، این دغدغه ترس از عقوبت و احساس اجحاف در حق بیمار بیشتر برایش ایجاد می‌شود.

«نه اینکه کوتاهی کنیم الان، قبل از اینکه مریض GCS3 بشه، مرگ مغزی بشه شاید یک کوتاهی شده... مثلاً اگر ساکشن نکنی مریض هاپوکسی میشه یا اینکه CPR دیر انجام بشه، میشه کوتاهی، خوب دچار عذاب وجدان میشی دیگه» (مشارکت کننده ۱)

طبق بیانات پرستاران مراقبت از بیماران غیر کاندید، از نظر پزشک و حتی گاهی سیستم درمانی، کاری بی‌فایده تلقی می‌شود. این در حالی است که برای اکثر پرستاران، مراقبت نکردن، قطع داروها، جدا کردن بیمار از دستگاه تنفس مصنوعی و یا حتی CPR نکردن بیماران غیر کاندید باعث احساس عذاب وجدان می‌شود.

«برای بیمار غیر کاندید، من هیچ وقت نتونستم با این قضیه کنار بیام که هیچ کاری نکنم. برای مریضی که نمی‌خواد پیوند بشه، دچار عذاب وجدان میشم» (مشارکت کننده ۵).

این احساس عذاب وجدان زمانی تشدید می‌شود که مراقبت از

«یک دختر جوانی مرگ مغزی بود. مشاهده ناراحتی پدر مادرش اصلاً قابل تحمل نبود، بغض گلوم رو گرفته بود خودم رو نگه داشته بودم که گریه نکنم. باورتون نمی‌شه دیدن این صحنه‌ها چقدر سخت و ناراحت کننده است...» (مشارکت کننده ۳)

حتی در مواردی مواجهه با احساسات و برداشت‌های خانواده به‌صورت تکه‌تکه کردن اعضای بیمارشان به دنبال اهدا برای پرستار بسیار ناخوشایند است.

«بعضی خانواده‌ها می‌گن رضایت بدیم که بچه‌مون رو تیکه‌تیکه کنن تا هر عضوش رو در بیارن برای یکی دیگه؟ این حرفا خیلی ناراحت کننده ست» (مشارکت کننده ۱۸)

درک نادرست خانواده‌ها نسبت به تشخیص مرگ مغزی یکی دیگر از موقعیت‌های پرسترس این فرایند مراقبتی است. چنانکه مشاهده رفلکس‌های نخاعی مثل جابه‌جایی و حرکات اندام‌های بیمار موجب شک و تردید خانواده نسبت به تشخیص مرگ مغزی می‌شود.

«یک مریض داشتیم که رضایت داده بودن. موقع ملاقات همراهش از پشت شیشه دیدن که یک حرکتی تو انداماش موقع ساکشن کردن نشون داد. همون رفلکسای نخاعی بود، ولی اونا تا این حرکت رو دیدن یک‌دفعه همه پشت شیشه جیغ زدن، صلوات فرستادن... اومدن گفتن مریضمون زنده شده، ما رضایت نمی‌دیم» (مشارکت کننده ۲).

حس فقدان حمایت از دیگر موقعیت‌های تنش‌زایی است که در آن زحمات پرستاران در مراقبت نادیده گرفته می‌شود، زیرا با وجود تحمل استرس‌های زیاد از سوی سیستم درمانی و هم از سوی خانواده بیمار که شاهد مراقبت مستمر پرستار بر بالین بیمارشان هستند، مورد بی‌توجهی قرار می‌گیرند و این مسئله باعث ناراحتی پرستار می‌شود.

«تو مرگ مغزی خانواده‌ها فکر میکنن ما پرستارا مقصریم که مریضشون اینجوری شده. هیچ موقع کسی نمی‌گه که شاید کسی دیگری مقصر بوده یا وضعیت بیمار باعث شده که مرگ مغزی بشه. همه میگن پرستار، همین پرستاری که اینقدر استرس داره که مریض مرگ مغزی نشه یا اگه کاندیده، به اهدا برسه...» (مشارکت کننده ۱۳)

چالش الزام حق و تکلیف

پرستاران به محض پذیرش مسئولیت مراقبت از بیمار کاندید تا زمان رضایت خانواده به اهدا و تکمیل فرایند اهدا، تمام تلاش خود را در جهت سالم نگهداشتن اعضای حیاتی بیمار انجام می‌دهند، به‌طوری که یکی از نگرانی‌های اصلی مشارکت‌کنندگان مطالعه حاضر، استرس زنده نگهداشتن بیمار کاندید در فرایند مراقبت بود.

«مریض، کاندید اهدا بود. همراهش هم رضایت داده بود. خوب استرست بیشتر می‌شه، یعنی اگه لحظه‌ای غفلت کنی ممکنه همه‌چی از دست بره. برای همین تا لحظه آخر استرس داری که

از بیمار را به خانواده نیز توضیح دهند، زیرا فرایند اهدا باعث امید بخشیدن به انسان‌های نیازمند می‌شود و پرستاران از انجام مراقبت همه‌جانبه از بیمار کاندید اهدا، احساس رضایت دارند [۲۴]. نتایج مطالعه سیمونسون با مفهوم «هدا، تقویت‌کننده انگیزه و معنادارنده مراقبت» و «زندگی‌بخشی، مشوق تلاش برای کسب رضایت به اهدا» منتج از طبقه «هدا، عامل مراقبت متمایز» در این مطالعه هم‌خوانی دارد؛ به‌طوری که استراتژی بیشتر پرستاران برای غلبه بر استرس‌های حاصل از مراقبت از بیماران مرگ مغزی کاندید اهدای عضو، زندگی‌بخشی به انسان‌های نیازمند پیوند است. هندرسون^{۱۰}، تئوریسین پرستاری، مدل خود را با تمرکز بر فرایند اهدا و پیوند عضو معرفی کرد و عقیده دارد که این فعالیت‌ها به بیمار برای برگشت به استقلال کمک خواهد کرد. این واضح است که بیمار مرگ مغزی به استقلال بر نمی‌گردد، اما پرستارانی که این مفاهیم را به‌طور کامل در فرایند اهدا به کار می‌گیرند، به‌طور چشمگیری در انتقال موهبت زندگی از یک انسان به یک یا بیشتر از یک بیمار نیازمند پیوند در مراحل بعدی فرایند اهدا سهم دارند و این موضوع احساس بسیار خوبی را برای پرستار مراقبت‌کننده به همراه دارد [۲۵]. به ثمر رسیدن فرایند اهدا برای پرستاران مراقبت‌کننده از بیمار مرگ مغزی کاندید اهدای عضو، احساس خوشایندی را به همراه دارد، زیرا زندگی‌بخشی به انسان در هر جامعه‌ای نیازمند و فرهنگی پسندیده و مورد قبول است.

موراز^{۱۱} در برزیل به دنبال بررسی تجربه پرستاران در فرایند اهدای اعضا و بافت برای پیوند، موانع موجود در فرایند اهدا و مداخلات انجام‌شده، شناسایی کرد. طبقات استخراج‌شده شامل «تغییر پارادایم‌ها، انسان‌سازی فرایند اهدا، افزایش اهدا و نجات جان افراد» بود، به‌طوری که یکی از مسئولیت‌های حرفه‌ای پرستاران، مراقبت با احترام از بیمار اهداکننده اعضا و خانوادش است. چراکه زندگی‌بخشی و تسکین رنج و درد هم در خانواده‌های اهداکننده و هم دریافت‌کنندگان پیونده هدف پرستار در مراقبت است [۲۶] که با مفهوم «هدا، تقویت‌کننده انگیزه و معنادارنده مراقبت» در این مطالعه هم‌خوانی دارد، چراکه پرستاران تمرکز بر مراقبت همه‌جانبه از اعضای پیوندی بیمار مرگ مغزی کاندید اهدا را با هدف زندگی بخشیدن به بیماران نیازمند پیوند انجام می‌دهند و از این کار احساس رضایت و خشنودی می‌کنند.

ویکتورینو^{۱۲} در مطالعه‌اش در برزیل دریافت که تفکر درباره مراقبت از بیمار کاندید اهدا و حمایت از اعضای خانواده هرگز آسان نیست و پرستاران هنوز در این فرایند با تردید روبه‌رو هستند، اما درگیر شدن در فرایند اهدای عضو باعث می‌شود تا این احساس تردید تا حدودی قابل تحمل شود [۲۷]. درگیر شدن در فرایند اهدا بدون توجه به زمینه ساختارهای اجتماعی مراقبتی باعث می‌شود تا پرستار مراقبت دقیق‌تری در جهت حفظ اعضای پیوندی انجام دهد

بیمار غیر کاندید هم‌زمان با بیمار با نیاز مراقبتی بالا به پرستار محول می‌شود. در این شرایط گاهی به‌علت درگیری پرستار در مراقبت از بیمار بدحال، مراقبت‌های بیمار غیر کاندید انجام نمی‌شود و به‌علت مسائل قانونی پرستاران مجبور هستند با وجود انجام ندادن مراقبت‌ها، آن‌ها را در پرونده بیمار ثبت کنند و مهر انجام آن را نیز بزنند. این مسائل باعث احساس «ترس از عقوبت» در پرستار می‌شود.

«تو مریضی غیر کاندید عذاب وجدانم بیشتره. سرم شلوغ بوده مراقبت نکردم، سی پی آر نشده، ولی باید داروهاش رو بنویسم، چون این پرونده از نظر قانونی گیره، این کارارو براش نکردم، ولی مهر می‌زنم روش، این عذاب وجدانش خیلی بدتره...» (مشارکت‌کننده ۶)

به‌طور کلی فرایند مراقبت از بیمار مرگ مغزی کاندید اهدای عضو برای پرستاران نوعی مواجه شدن با عوامل استرس‌زای مختلف است. به‌طوری که پرستاران تلاش می‌کنند در این شرایط بحرانی مراقبت از بیمار کاندید اهدا را به‌درستی و به‌طور جامع انجام دهند تا عملکرد اعضای اهدایی احتمالی بیمار کاندید سالم مانده و تا زمان اهدا از دست نرود.

بحث و نتیجه‌گیری

در مطالعه حاضر که با هدف تبیین تجارب پرستاران در مراقبت از بیماران مرگ مغزی کاندید اهدای عضو انجام شد، مضمون «تشدید تنش مراقبتی در نتیجه موقعیت متمایز اهدا» استخراج شد. پرستاران در فرایند مراقبت از بیمار مرگ مغزی کاندید اهدای عضو، از یکسو با تنش‌ها و کشمکش‌های فزاینده مواجه هستند و از سوی دیگر، اهدا به‌عنوان یک عامل تقویت‌کننده انگیزه بر کل فرایند مراقبتی تأثیر می‌گذارد و استرس زیادی را بر پرستاران تحمیل می‌کند. در مروری بر مطالعات که عمدتاً با عناوین تجربه پرستاران در مراقبت از بیمار مرگ مغزی یا اهداکننده بالقوه اعضا انجام شده بود، مشخص شد آن‌ها فقط به مفهوم تنش سالم رساندن بیمار به اهدا پرداخته بودند، در این مطالعه تلاش شد تا به جمع‌بندی کامل‌تری در مقایسه با سایر مطالعات در این زمینه برسیم.

یکی از مفاهیم ظاهرشده از مطالعه حاضر «هدا عامل مراقبت متمایز» است. در مطالعه سیمونسون^۹ در کشور سوئد با عنوان «بررسی تجارب پرستاران در مراقبت از بیماران مرگ مغزی کاندید اهدای عضو در فرایند اهدا»، نتایج نشان داد فرایند اهدا از نظر احساسی چالش‌برانگیز است و حمایت از خانواده بیمار یک فرایند پیچیده و چندوجهی بسیار سخت است که شامل سطح بالایی از مسئولیت، نیاز به پیش‌نیازهای مناسب در قالب آموزش و ارائه مراقبت شایسته از بیمار اهداکننده عضو است [۲۴]. پرستاران تلاش‌هایی می‌کنند که بتوانند از طریق مراقبت از بیمار کاندید اهدا و خانواده‌های آن‌ها در برنامه‌های اهدای عضو مشارکت کنند. چنانکه که آن‌ها مجبورند علاوه بر استرس مراقبت، تغییر در ماهیت مراقبت

10. Virginia Henderson
11. Edvaldo Leal de Moraes
12. João Paulo Victorino

9. Johan Simonsson

تا اهدا به سرانجام برسد.

از دیگر مفاهیم ظاهر شده از مطالعه حاضر «مواجهه با تنش‌ها و کشمکش‌های فزاینده» است. در مطالعه صالحی در ایران در شهر اصفهان، به دنبال تبیین تجارب پرستاران ایرانی از مراقبت بیماران مرگ مغزی با رویکرد فنومنولوژی، «وظایف مشقت‌بار» به نوان مضمون اصلی و طبقه «مراقبت سنگین و پراسترس» استخراج شد. طبقه مراقبت سنگین و پراسترس، دارای ویژگی‌هایی چون محافظت از بیمار کاندید اهدای عضو، بار کاری سنگین و شدید مراقبت، فرایند مراقبت پراسترس، ماهیت مرگ مغزی و فرایند آماده‌سازی اعضای اهدایی است. درد روانی تجربه‌شده توسط مشارکت‌کنندگان در اولین مواجهه با این بیماران بیشتر بود و به تدریج از طریق مواجهه مکرر آن‌ها کاهش می‌یافت. چنانکه پرستاران این مطالعه اظهار کردند مراقبت از اهداکنندگان اعضا برای حفظ ارگان‌های پیوندی و آمادگی اهداکننده برای انجام عمل جراحی برداشت عضو، مهم و حساس است و مراقبت‌های مربوطه سنگین و استرس‌زا هستند [۲۸]. طبقه «مراقبت سنگین و پراسترس» در این مطالعه با طبقه «تنش سالم رساندن بیمار به اهدا» منتج از طبقه «مواجهه با تنش‌ها و کشمکش‌های فزاینده» به‌عنوان یکی از نگرانی‌های اصلی مشارکت‌کنندگان در مطالعه حاضر، هم‌خوانی دارد. مراقبت از بیمار اهداکننده عضو یک تجربه چالش‌برانگیز است. با این حال، برخی از پرستاران مراقبت‌های ویژه که تجربه محدودی در مراقبت از بیمار اهداکننده اعضا دارند، در مورد اطلاع به خانواده بیمار در مورد از دست دادن عزیزشان و ارائه حمایت از آن‌ها به دلیل پیچیدگی آن، استرس زیادی را متحمل می‌شوند [۲۴].

نتایج مطالعه موراز نشان داد تجربیات پرستاران در مراقبت از بیماران اهداکننده اعضا و خانواده‌های آن‌ها شامل دو دسته موانع پیش‌روی و مداخلات انجام‌شده در مراقبت از خانواده است، به‌طوری که انتظار اصلی پرستاران در مراقبت از بیماران اهداکننده اعضا و خانواده‌های آن‌ها به‌صورت «مراقبت برای نجات جان» توصیف شد. اهداف پرستاران برای این هدف مهم شامل پرستاری تکنیکی، حفظ ارگان و در نظر گرفتن نیازهای مراقبت است [۲۶] که مفاهیم این مطالعه با مفهوم «الزام زنده نگه داشتن بیمار کاندید اهدا» در مطالعه پیش‌رو هم‌خوانی دارد. هم‌خوانی نتایج بدین علت است هدف همه اعضای تیم درمانی از مراقبت بیمار مرگ مغزی کاندید در هر کشور و فرهنگی به سرانجام رسیدن فرایند اهداست که این نگرش به پرستاران مراقبت‌کننده از این بیماران نیز القا شده و آن‌ها نیز تلاش می‌کنند تا ارگان‌های حیاتی سالم بماند و فرایند اهدا به نتیجه برسد. نتایج مطالعات مختلف نیز اهمیت مراقبت از بیمار مرگ مغزی کاندید را به‌عنوان مهم‌ترین جنبه مراقبت پرستاری از بیمار قبل از رفتن به اتاق عمل برای اهدا مطرح کرده‌اند [۲۹، ۴۰].

از دیگر مفاهیم ظاهر شده مطالعه، ترس از قصور در مراقبت از بیمار مرگ مغزی کاندید اهداست. نتایج مطالعه ماگالهایش^{۱۳} در کشور برزیل نشان داد بیشتر پرستاران اعتقاد دارند که آن‌ها آمادگی کافی برای ارائه مراقبت از بیماران کاندید اهدای عضو ندارند [۵] که این مسئله باعث می‌شود تا پرستاران در فرایند مراقبت احساس کنند آمادگی ناکافی آن‌ها بر زیست‌پذیری ارگان‌های احتمالی برای اهدا تأثیر بگذارد و عملکرد این ارگان‌ها بالاخص کلیه‌ها دچار اختلال شود که این موضوع بر تنش مراقبت به دنبال درگیری ذهنی قصور می‌افزاید. بنابراین پیشنهاد می‌شود برای پرستاران بخش‌های ویژه آموزش ضمن خدمت درباره الزامات مراقبت از بیماران کاندید اهدا در نظر گرفته شود.

از دیگر مفاهیم ظاهر شده در مطالعه «تنش اعلام خبر مرگ مغزی به خانواده» است. فرایند مراقبت فقط محدود به مراقبت از بیمار مرگ مغزی نیست، بلکه شامل مواجهه با نیازهای خانواده بیمار که در استرس وضعیت حاد بیمارشان هستند و این شرایط پراسترس را تحمل می‌کنند، نیز می‌شود. در این شرایط پرستاران بخش ویژه باید مسائل مربوط به فرایند تشخیص مرگ مغزی را درک کنند و در مورد آن آگاهی داشته باشند تا بتوانند درباره شرایط بیمار به خانواده اطلاعات علمی صحیحی را ارائه دهند [۳۰]. برای «اعلام خبر بد» نیاز است پرستاران اجازه دهند اعضای خانواده احساسات خود را بروز دهند و قبل از ارزیابی درک اعضای خانواده از موقعیت، محیطی آرام و راحت برای آن‌ها فراهم شود [۳۱]. حال مواجهه با خانواده که ممکن است هنوز تشخیص مرگ مغزی بیمارشان را نپذیرفته باشند، نقش مهمی در استرس پرستار مراقبت‌کننده از بیمار مرگ مغزی دارد. مواجهه شدن خانواده با تشخیص مرگ مغزی، به معنی وارد شدن در فضایی پر از چالش و ابهام است که با بروز عواطف ناراحت‌کننده از دست دادن عزیزانشان و گاه واکنش‌های روان‌شناختی دفاعی به دنبال سوگ پیچیده‌تر نیز می‌شود [۳۲]. مراقبت از بیمار مرگ مغزی و تعامل با خانواده، فشار کاری زیادی را بر پرستار تحمیل می‌کند و به دنبال انجام این وظایف، دچار استرس روان‌شناختی می‌شود [۳۳]. از نتایج مطالعه کننیش بارنز^{۱۴}، چالش‌ها و نگرانی‌های خانواده در فرایند اهدای عضو استخراج شدند [۳۴] که این مفاهیم مرتبط با استرس، با مفهوم «مواجهه با استرس مقصر قلمداد شدن از سوی خانواده» در این مطالعه هم‌خوانی دارد. چراکه پذیرش مرگ مغزی برای بیشتر خانواده‌ها، بسیار دشوار است و به دنبال درخواست سیستم درمانی مبنی بر اهدای عضو و استرس ناشی از آن، عده‌ای از خانواده‌ها پرستار را در مرگ مغزی شدن بیمار مقصر می‌دانند و تنش زیادی را برای پرستار مراقبت‌کننده ایجاد می‌کنند. درگیر شدن پرستاران در فرایند مراقبت، هم‌زمان با ناراحتی خانواده بیمار مرگ مغزی می‌تواند استرس زیادی را به پرستاران تحمیل کند که این تعارضات هیجانی می‌تواند باعث احساس ناامیدی، ناکارآمدی و حتی گاهی افسردگی شود [۳۵] و ممکن است در کیفیت مراقبت از بیمار اختلال ایجاد کرده و منجر به تحلیل جسمی و روانی پرستار شود.

13. Aline Lima Pestana Magalhães

14. Nancy Kentish-Barnes

آموزشی ویژه‌ای درباره نحوه مراقبت از بیمار کاندید اهدای عضو در نظر بگیرند و فرایند اهدای عضو را برای افزایش دانش پرستاران با در نظر گرفتن نیازهای روانی و عاطفی پرستاران ارائه دهند. این یافته‌ها برای افزایش کیفیت مراقبت پرستاری و سلامتی اعضا در فرایند مراقبت از بیمار کاندید اهدا ضروری است.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

مجوز اخلاقی این مطالعه از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد با کد IR.MUMS.REC.1394.58 دریافت شده است.

حامی مالی

این مقاله بخشی از رساله دکتری پرستاری حمیده یزدی مقدم دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد (کد ۹۳۱۵۱۲) و با حمایت مالی این دانشگاه انجام شده است.

مشارکت نویسندگان

در همه بخش‌ها نویسندگان مشارکت یکسان داشته‌اند بجز بخش مصاحبه‌ها که حمیده یزدی مقدم انجام دادند.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

از کلیه شرکت کنندگان در این مطالعه که با حوصله تجربیات خود را بازگو کردند و با همکاری صادقانه برای اجرای مطالعه تحقیقی فراهم کردند، صمیمانه قدردانی می‌شود و از حمایت معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد سپاسگزاری می‌شود.

نتایج مطالعه فورسبرگ در سوئد نشان داد به علت شرایط احساسی خانواده، برقراری ارتباط با آن‌ها و ابراز همدلی برای پرستاران بسیار سخت و همراه با واکنش‌های احساسی بود [۱۳] که مفاهیم این مطالعات با مفهوم دشواری مواجهه با احساسات خانواده در مطالعه ما هم‌خوانی دارد. این مسئله نشان‌دهنده این است که بدون توجه به زمینه، مواجهه با احساسات ناراحت‌کننده خانواده بیمار مرگ مغزی که از دست دادن بیمارش قطعی است، برای هر پرستاری در هر فرهنگ و کشوری سخت و دشوار است.

مفهوم «حس فقدان پشتوانه و حمایت در مراقبت» در مطالعه حاضر شناسایی شد. نتایج مطالعات نشان داد پرستاران فقدان حمایت از مافوق خود را زمانی که از بیمار مرگ مغزی و کاندید اهدای عضو مراقبت می‌کردند، گزارش کردند [۳۶]. در حالی که در موقعیت‌های پرستاری، پرستاران ممکن است نیاز به حمایت از سوی مسئولین داشته باشند، زیرا شرایط حمایتی در محیط کار باعث می‌شود تا پرستار توانایی استفاده از دانش و مهارت در محیط‌های بالینی را کسب کند [۳۷]. نادیده گرفتن نیازهای پرستاران، اثرات ناخواسته‌ای بر مراقبت از بیمار خواهد گذاشت [۳۸]. بنابراین برنامه‌ریزی در راستای شرایط حمایتی محیط کار برای پیشرفت در کیفیت مراقبت و بهره‌وری پرستاران ضروری به نظر می‌رسد [۳۷].

از محدودیت‌های این پژوهش این بود که برخی از پرستاران به دلیل ترس از مسائل قانونی که ممکن بود طی مصاحبه در مورد فرایند مراقبت از بیمار مرگ مغزی مطرح شود، تمایل به ضبط مصاحبه نداشتند که با ارائه توضیحات محقق و جلب اطمینان آن‌ها از محرمانه بودن مصاحبه‌ها و ضبط آن‌ها بدون نام و مشخصات، رضایت به ضبط مصاحبه دادند. در این مورد نیز محقق، بعد از اتمام مصاحبه و خاموش کردن دستگاه ضبط صوت، سؤالاتی را که احساس می‌کرد شاید مشارکت‌کننده به علت ضبط صدا به‌طور عمیق به آن‌ها نپرداخته، مطرح و یادداشت‌برداری می‌کرد.

با توجه به اهمیت کیفیت و دقت در مراقبت از بیماران مرگ مغزی در جهت سالم ماندن اعضای پیوندی و مسائل مطرح‌شده، به‌ویژه تجارب پرستاران طی این تحقیق، نتایج نشان می‌دهد در فرایند مراقبت از بیمار مرگ مغزی کاندید اهدای عضو، مسئله اهدای اعضای احتمالی باعث شده پرستاران با وجود تحمل تنش‌های فراوان، نهایت تلاش خود را در ارائه مراقبت همه‌جانبه از بیمار مرگ مغزی کاندید اهدای عضو انجام دهند. این مطالعه یکی از اولین مطالعات کیفی در ایران است که به تبیین تجارب پرستاران در مراقبت از بیمار مرگ مغزی (کاندید اهدا و غیرکاندید اهدا) بر اساس تجارب عمیق آن‌ها پرداخته که با توجه به نقش پرستاران در کیفیت مراقبت از بیمار مرگ مغزی و سالم ماندن اعضای اهدایی، سیاست‌گذاران بهداشتی می‌توانند از نتایج مطالعه حاضر و با در نظر گرفتن شرایط، برنامه‌ریزی لازم جهت ارتقای کیفیت مراقبت از بیمار مرگ مغزی و نیز ارائه حمایت‌های لازم از پرستاران را فراهم آورند. همچنین توصیه می‌شود سیستم آموزش دانشگاهی و بیمارستان‌ها، برنامه‌های

References

- [1] Ju MK, Sim MK, Son SY. A study on nursing students' knowledge, attitude, and educational needs for brain-death organ transplantation and donation and intent to donate organs. *Transplant Proc.* 2018; 50(4):1187-91. [DOI:10.1016/j.transproceed.2018.02.036] [PMID]
- [2] Ferhatoglu MF, Yilmaz Ferhatoglu S. A holistic assessment of organ transplantation activities, scientific productivity on brain death in Islamic countries, and comparison of the outcomes with the united nations development statistics. *J Relig Health.* 2021; 60(2):774-86. [DOI:10.1007/s10943-020-01157-7] [PMID]
- [3] Keshtkaran Z, Sharif F, Navab E, Gholamzadeh S. Lived experiences of Iranian nurses caring for brain death organ donor patients: Caring as "Halo of Ambiguity and Doubt". *Glob J Health Sci.* 2016; 8(7):281-92. [DOI:10.5539/gjhs.v8n7p281] [PMID] [PMCID]
- [4] Yazdimoghaddam H, Manzari ZS, Mohammadi E. Nurses' challenges in caring for an organ donor brain dead patient and their solution strategies: A systematic review. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2020; 25(4):265-72. [DOI:10.4103/ijnmr.IJNMR_226_18] [PMID] [PMCID]
- [5] Magalhães ALP, Erdmann AL, Sousa FGM, Lanzoni GMM, Silva ELD, Mello ALSF. Meaning of nursing care to brain dead potential organ donors. *Rev Gaucha Enferm.* 2018; 39:e20170274. [DOI:10.1590/1983-1447.2018.2017-0274]
- [6] Kiani M, Abbasi M, Ahmadi M, Salehi B. Organ transplantation in Iran; Current state and challenges with a view on ethical consideration. *J Clin Med.* 2018; 7(3):45. [DOI:10.3390/jcm7030045] [PMID] [PMCID]
- [7] Altnörs N, Haberal M. Brain death and transplant in Islamic countries. *Exp Clin Transplant.* 2016; 14(Suppl 3):48-52. [Link]
- [8] Vijayalakshmi P, Nagarajaiah, Ramachandra, Math SB. Indian ICU nurses' perceptions of and attitudes towards organ donation. *Br J Nurs.* 2015; 24(13):694-7. [DOI:10.12968/bjon.2015.24.13.694] [PMID]
- [9] Bahrami A, Khaleghi E, Vakilzadeh AK, Afzalaghaee M. Process and barriers to organ donation and causes of brain death in northeast of Iran. *Electron Physician.* 2017; 9(2):3797-802. [DOI:10.19082/3797] [PMID] [PMCID]
- [10] Nolin T, Mårdh C, Karlström G, Walther SM. Identifying opportunities to increase organ donation after brain death. An observational study in Sweden 2009-2014. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2017; 61(1):73-82. [DOI:10.1111/aas.12831] [PMID]
- [11] Sadegh Beigee F, Ghorbani F, Shahryari S, Mojtabaee M. Demographic differences between two 7-year periods of organ donation in Iran: A single-center experience. *Exp Clin Transplant.* 2019; 17(Suppl 1):242-5. [DOI:10.6002/ect.MESOT2018.P106] [PMID]
- [12] Kocaay AF, Celik SU, Eker T, Oksuz NE, Akyol C, Tuzuner A. Brain death and organ donation: Knowledge, awareness, and attitudes of medical, law, divinity, nursing, and communication students. *Transplant Proc.* 2015; 47(5):1244-8. [DOI:10.1016/j.transproceed.2015.04.071] [PMID]
- [13] Forsberg A, Flodén A, Lennerling A, Karlsson V, Nilsson M, Fridh I. The core of after death care in relation to organ donation-A grounded theory study. *Intensive Crit Care Nurs.* 2014; 30(5):275-82. [DOI:10.1016/j.iccn.2014.06.002] [PMID]
- [14] Ozer A, Ekerbicer HC, Celik M, Nacar M. Knowledge, attitudes, and behaviors of officials of religion about organ donation in Kahramanmaraş, an eastern Mediterranean city of Turkey. *Transplant Proc.* 2010; 42(9):3363-7. [DOI:10.1016/j.transproceed.2010.08.035] [PMID]
- [15] Gómez MP, Pérez B, Manyalich M. International registry in organ donation and transplantation-2013. *Transplant Proc.* 2014; 46(4):1044-8. [DOI:10.1016/j.transproceed.2013.11.138] [PMID]
- [16] Yazdimoghaddam H, Manzari ZS. [Training; a golden ring for removing nurses' challenges in caring process of the brain death patients (Persian)]. *J Hayat.* 2017; 23(2):100-5. [Link]
- [17] Speziale HS, Streubert HJ, Carpenter DR. *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011. [Link]
- [18] Bengtsson M. How to plan and perform a qualitative study using content analysis. *Nurs Plus Open.* 2016; 2:8-14. [DOI:10.1016/j.npls.2016.01.001]
- [19] Pathak V, Jena B, Kalra S. Qualitative research. *Perspect Clin Res.* 2013; 4(3):192. [DOI:10.4103/2229-3485.115389] [PMID] [PMCID]
- [20] Elo S, Kyngas H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs.* 2008; 62(1):107-15. [DOI:10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x] [PMID]
- [21] Mayer I. Qualitative research with a focus on qualitative data analysis. *International Journal of Sales, Retailing & Marketing.* 2015; 4(9):53-67. [Link]
- [22] Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res.* 2005; 15(9):1277-88. [DOI:10.1177/1049732305276687] [PMID]
- [23] Connelly LM. Trustworthiness in qualitative research. *Med-surg Nursing.* 2016; 25(6):435-6. [PMID]
- [24] Simonsson J, Keijzer K, Södereld T, Forsberg A. Intensive critical care nurses' with limited experience: Experiences of caring for an organ donor during the donation process. *J Clin Nurs.* 2020; 29(9-10):1614-22. [DOI:10.1111/jocn.15195] [PMID]
- [25] Nicely B, DeLario GT. Virginia Henderson's principles and practice of nursing applied to organ donation after brain death. *Prog Transplant.* 2011; 21(1):72-7. [DOI:10.1177/152692481102100110]
- [26] de Moraes EL, dos Santos MJ, Merighi MA, Massarollo MC. Experience of nurses in the process of donation of organs and tissues for transplant. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2014; 22(2):226-33. [DOI:10.1590/0104-1169.3276.2406] [PMID] [PMCID]
- [27] Victorino JP, Mendes KDS, Westin ÚM, Magro JTJ, Corsi CAC, Ventura CAA. Perspectives toward brain death diagnosis and management of the potential organ donor. *Nurs Ethics.* 2019; 26(6):1886-96. [DOI:10.1177/0969733018791335] [PMID]

- [28] Salehi S, Kanani T, Abedi H. Iranian nurses' experiences of brain dead donors care in intensive care units: A phenomenological study. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2013; 18(6):475-82. [PMID]
- [29] Smith Z, Leslie G, Wynaden D. Australian perioperative nurses' experiences of assisting in multi-organ procurement surgery: A grounded theory study. *Int J Nurs Stud.* 2015; 52(3):705-15. [DOI:10.1016/j.ijnurstu.2014.12.004] [PMID]
- [30] Marck CH, Neate SL, Skinner M, Dwyer B, Hickey BB, Radford ST, et al. Potential donor families' experiences of organ and tissue donation-related communication, processes and outcomes. *Anaesth Intensive Care.* 2016; 44(1):99-106. [DOI:10.1177/0310057X1604400115] [PMID]
- [31] Douglas P, Goldschmidt C, McCoyd M, Schneck M. Simulation-based training in brain death determination incorporating family discussion. *J Grad Med Educ.* 2018; 10(5):553-8. [DOI:10.4300/JGME-D-18-00185.1] [PMID] [PMCID]
- [32] Sque M, Walker W, Long-Sutehall T, Morgan M, Randhawa G, Rodney A. Bereaved donor families' experiences of organ and tissue donation, and perceived influences on their decision making. *J Crit Care.* 2018; 45:82-9. [DOI:10.1016/j.jcrc.2018.01.002] [PMID]
- [33] de Paula Cavalcante L, Ramos IC, Araújo MÂM, dos Santos Alves MD, Braga VAB. Nursing care to patients in brain death and potential organ donors. *Acta Paul Enferm.* 2014; 27(6):567-72. [DOI:10.1590/1982-0194201400092]
- [34] Kentish-Barnes N, Siminoff L, Walker W, Urbanski M, Charpentier J, Thuong M, et al. A narrative review of family members' experience of organ donation request after brain death in the critical care setting. *Intensive Care Med.* 2019; 45(3):331-42. [DOI:10.1007/s00134-019-05575-4] [PMID]
- [35] Xie JF, Wang CY, He GP, Ming YZ, Wan QQ, Liu J, et al. Attitude and impact factors toward organ transplantation and donation among transplantation nurses in China. *Transplant Proc.* 2017; 49(6):1226-31. [DOI:10.1016/j.transproceed.2017.02.060] [PMID]
- [36] Hvidt NC, Mayr B, Paal P, Frick E, Forsberg A, Büssing A. For and against organ donation and transplantation: Intricate facilitators and barriers in organ donation perceived by German nurses and doctors. *J Transplant.* 2016; 2016:3454601. [DOI:10.1155/2016/3454601] [PMID] [PMCID]
- [37] Wan Q, Li Z, Zhou W, Shang S. Effects of work environment and job characteristics on the turnover intention of experienced nurses: The mediating role of work engagement. *J Adv Nurs.* 2018; 74(6):1332-41. [DOI:10.1111/jan.13528] [PMID]
- [38] Andersson E, Salickiene Z, Rosengren K. To be involved-A qualitative study of nurses' experiences of caring for dying patients. *Nurse Educ Today.* 2016; 38:144-9. [DOI:10.1016/j.nedt.2015.11.026] [PMID]