J Crit Care Nurs. 2020 May;12(4)
Published online 2020 **Research Article**

Investigating the Psychological Health Status of the Immediate Family Members of Patients with Brain Death and Organ Donators in Hamadan Province

Seyed Ali Mahdiyoun[1], Mohammad Eghbali[2], Majid Hamidi[3], Younes Mohammadi[4], Mohammad Babamiri[5*]

1. Department of Psychiatry, Faculty of Paramedicine, Hamedan University of Medical Sciences, Hamedan, Iran
2. University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran
3. Department of General Medicine, Hamedan University of Medical Sciences, Hamedan, Iran
4. Research Center for Modeling Non-Communicable Diseases and Department of Statistics and Epidemiology, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
*5. Health Sciences Research Center and Ergonomics Department, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

**Corresponding author: Mohammad Babamiri, Health Sciences Research Center and Ergonomics Department, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran E-mail: mohammad.babamiri@gmail.com*

Abstract

Background and aim: Sudden and unexpected death on one hand, and the crucial decision over organ donation on the other hand, can severely affect the mental health status of the family members of brain death patients. The purpose of this study was to investigate the psychological health status of the family members of the patients with brain death and organ donators.

Methods: In this cross-sectional descriptive study, the target population included all immediate family members of the patients with brain death who had agreed on organ donation. For this purpose, 50 individuals were selected as the sample of the study based on available sampling method. The instruments used in this study were the Mental Health Questionnaire, Beck Depression and Anxiety Questionnaire and Grief Experience Questionnaire .

Results: The results showed that the level of grief and anxiety of the participants was moderate (52% and 38%, respectively). Most of the participants (50%) experienced moderate depression. In terms of general health, half of the subjects were reported to have poor or very poor health indices. The findings also showed that there is a positively significant relationship between the scores of grief and anxiety and depression ($p < 0.001$.(

Conclusion: Based on the results of this study, it can be concluded that people who have given consent to organ donation are not in good psychological conditions. Therefore, it is recommended that the psychology team provide psychological programs to those family members in order to improve their psychological conditions.

Keywords: Brain Death, Organ Donation, Mental Health, Immediate Family Member

Copyright © 2018, Critical Care Nursing. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

مجله پرستاری مراقبت‌های ویژه
دوره ۱۲، شماره ۴، ۱۳۹۸
صفحات: ۳۴-۲۶

بررسی سلامت روانشناختی خانواده افراد دچار مرگ مغزی و اهداکنندگان عضو در استان همدان

سید علی مهدیون[۱]، محمد اقبالی[۲]، مجید حمیدی[۳]، یونس محمدی[۴]، محمد بابامیری[۵*]

۱. گروه هوشبری، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

۲. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

۳. گروه پزشکی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

۴. مرکز تحقیقات مدل‌سازی بیماری‌های غیرواگیر و گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

**۵. مرکز تحقیقات علوم بهداشتی و گروه ارگونومی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران*

نویسنده مسوول: محمد بابامیری، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی و گروه ارگونومی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران. ایمیل: mohammad.babamiri@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: مرگ ناگهانی و غیر منتظره از یک سو و تصمیم بسیار مهم اهدای عضو از سوی دیگر می‌تواند وضعیت سلامت روانشناختی خانواده بیماران مرگ مغزی را به شدت تحت تأثیر قرار دهد. این پژوهش با هدف تعیین وضعیت سلامت روانشناختی ناشی از مرگ و اهداء عضو بر خانواده بیماران مرگ مغزی انجام شد.

مواد و روش‌ها: طرح پژوهش در این مطالعه از نوع طرح توصیفی- مقطعی است. جامعه مورد نظر در پژوهش حاضر شامل تمامی اعضای درجه یک خانواده بیماران مرگ مغزی رضایت دهنده به اهدای عضو بودند که بر اساس روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۵۰ نفر به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه سلامت روان، افسردگی و اضطراب بک و پرسشنامه تجربه سوگ است.

یافته‌ها: میزان سوگ و اضطراب شرکت‌کنندگان در پژوهش در حد متوسط بود (به ترتیب ۵۲ درصد و ۳۸ درصد). میزان افسردگی اکثر افراد شرکت کننده در پژوهش (۵۰٪) در حد متوسط بوده است. از لحاظ میزان سلامت عمومی نیز نیمی از آزمودنی‌ها وضعیت سلامتی خیلی ضعیف تا ضعیف داشتند. داده‌ها نشان داد که بین نمره کلی سوگ با اضطراب و افسردگی ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد ($P < ۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج حاصل از پژوهش می‌توان چنین نتیجه گرفت که افرادی که به اهدای عضو رضایت داده‌اند از لحاظ وضعیت روانشناختی چندان شرایط مطلوبی ندارند. جهت ارتقاء و بهبود وضعیت روان شناختی خانواده‌های اهدا کننده عضو توصیه می‌شود، برنامه‌های آمادگی روانی توسط تیم روان شناسی ارائه شود.

کلیدواژه‌ها: مرگ مغزی، اهدای عضو، سلامت روان، اعضای خانواده

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

مقدمه

شرایط مرگ ناگهانی و غیر منتظره به عنوان یکی از استرس‌زاترین تجربیات زندگی انسان شناخته شده است [۱]. این مشکل برای خانواده بیماران مرگ مغزی به نحو شدیدتری رخ می‌دهد به طوری که این خانواده‌ها احساسات بی‌شماری را تجربه کرده و همچنین دچار یک اندوه عمیق می‌شوند که این مسأله قابل پیش‌بینی است [۲].

حسین رضایی و همکاران در پژوهشی که بر روی ۲۲۴ نفر از اعضای خانوده افراد دچار مرگ مغزی انجام دادند، متوجه شدند ۴۸ درصد این افراد (۱۰۹ نفر) دارای سطح اضطراب خیلی شدید هستند. ۵۲ درصد (۱۲۵ نفر) افسردگی شدید و خیلی شدید داشتند و ۴۳ درصد آنها (۹۷ نفر) نیز استرس شدید و خیلی شدیدی گزارش کرده بودند [۳] خانواده بیمار مرگ مغزی در این وضعیت دشوار و پر استرس باید در مورد اهدای عضو بیمارشان نیز تصمیم‌گیری نمایند [۴] که خود این تصمیم‌گیری می‌تواند آسیب‌زننده باشد [۵]. از سوی دیگر زمان برای اهدای عضو و انجام موفق پیوند بسیار محدود است زیرا بیمار مرگ مغزی در معرض مرگ قریب‌الوقوع قراردارد. بنابراین خانواده باید به سرعت و در مدت زمان بسیار کوتاهی تصمیم‌گیری نمایند که آیا مایل است اعضاء بدن بیمار اهدا شود یا خیر [۶].

در این حالت از خانواده خواسته می‌شود که یک مرگ غیر معمول را (مرگ ساقه مغزی] به عنوان مرگ واقعی بپذیرد [۷]. منظری و همکاران در اینجا از عنوان " مثلث برزخی تصمیم-گیری" استفاده می‌کنند. آنها در رابطه با چالش‌ها و دغدغه‌های ذهنی خانواده بیماران مرگ مغزی به سه مضمون ۱- تردید ۲- بیم ۳- امید اشاره می‌کنند به این معنی که خانواده‌ها هنگام مواجهه با درخواست اهدای عضو، از یک سو تردید به مرگ مغزی و در عین حال نگرانی درباره ابعاد شرعی و عرفی مسأله اهدای عضو و از سوی دیگر، امید به بازگشت و بهبود بیمار دارند و در نهایت بیم از دست دادن فرصت اهدای عضو، پاسخگویی خانواده را به درخواست اهداء متأثر ساخته و شرایطی را همانند عبور از برزخی سخت در نیل به یک تصمیم‌گیری دشوار، ایجاد نموده است [۶].

کاملاً مشهود است که فرآیند تصمیم‌گیری و تفکر منطقی در این مرحله بسیار مشکل است و خانواده‌ها نیاز شدیدی به حمایت از سوی اعضای تیم بهداشتی دارند [۸]. قطعاً برای مداخله بهتر در این موقعیت پر استرس، باید ماهیت و تأثیری که حادثه مرگ مغزی بر فرآیندهای ذهنی خانواده بیمار مرگ مغزی ایجاد نموده و نیز تأثیرات متقابل فرآیند اهدای عضو به صورت جامع کشف شود؛ زیرا این تجربه می‌تواند برای خانواده یک ضربه سخت و بزرگ روانی و عاطفی باشد و سرانجام باعث تغییر وضعیت زندگی آنها شود [۶]. مطالعه Ecknord نشان می‌دهد که آگاهی از جنبه‌های عاطفی و روانشناختی و فهم ماهیت کلیدی تجربه خانواده از درخواست اهدای عضو بیمار مرگ مغزی، کلید آغاز هرگونه بحثی با این خانواده‌ها درباره اهدای عضو است [۸]، لذا باید کلیه جنبه‌های عاطفی و روانی خانواده این بیماران از طریق پژوهش‌هایی منسجم آشکار شود.

با توجه به اینکه از سال ۱۳۸۱ به صورت رسمی پیوند عضو از بیمار مرگ مغزی در کشور ایران در حال انجام است [۱۰]، اطلاعات محدودی در زمینه تأثیرات روحی روانی فرآیند مرگ مغزی و اهدای عضو بر خانواده این بیماران در دسترس است، چرا که بیشتر مطالعات انجام شده بر روی بازماندگان بیمار مرگ مغزی، در پی بررسی عوامل مؤثر بر میزان رضایت برای اهدای عضو تمرکز داشته است و کمتر پژوهشی به دنبال بررسی رویداد مرگ مغزی بر وضعیت روحی روانی خانواده این بیماران بوده است. لذا این پژوهش با هدف تعیین سلامت روانشناختی خانواده افراد دچار مرگ مغزی و اهداکنندگان عضو در استان همدان صورت پذیرفت.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع توصیفی- مقطعی بوده و جامعه مورد مطالعه، بستگان درجه اول افراد مرگ مغزی بودند که رضایت به اهدای عضو داده بودند. این افراد در استان همدان ساکن بوده و از زمان فوت بستگانشان حداقل سه ماه گذشته بود. معیار ورود به پژوهش داشتن ارتباط خانوادگی درجه یک با فرد دچار مرگ مغزی بوده و معیار خروج از مطالعه، عدم رضایت فردی و یا دارا بودن بیماری مزمن جسمانی یا روانی بود که در قالب یک سؤال کلی از آزمودنی‌ها پرسیده می‌شد. پس از تصویب طرح و اخذ کد اخلاق به شماره IR.UMSHA.REC.1395.30 به محیط پژوهش مراجعه شد. برای گردآوری داده‌ها، یک فرد آموزش‌دیده به عنوان مصاحبه‌کننده به صورت مستقیم به خانواده فرد مرگ مغزی رضایت داده مراجعه نموده و پس از توضیح هدف پژوهش و اخذ رضایت کتبی از وی، پرسشنامه را بین اعضای درجه یک خانواده توزیع و پس از تکمیل به توسط خانواده، جمع‌آوری می‌نمود. دسترسی به این خانواده‌ها به کمک بررسی پرونده‌های مرگ مغزی بالینی مربوط به سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۶ موجود در بانک اطلاعاتی مرکز پیوند دانشگاه علوم پزشکی ابن سینا همدان صورت گرفت. برای گردآوری داده‌ها، از ابزارهای زیر استفاده شد:

الف) پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و یک سؤال کلی در مورد رضایت از اهداء عضو

ب) پرسشنامه افسردگی بک: که توسط Beck و همکاران اولین بار در سال ۱۹۶۱ طراحی شده و در سال ۱۹۷۱ بازنگری شد. در این پژوهش از فرم ۱۳ گویه‌ای آن با نمره‌گذاری صفر تا ۳ و نقطه برش ۱۶ (نمره ۱۶ و بالاتر افسردگی تلقی می‌شود) [۱۰] جهت سنجش افسردگی مورد استفاده قرارگرفت. ویژگی‌های روانسنجی این پرسشنامه در جمعیت ایرانی مورد تأیید

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

قرار گرفته است. رجبی و همکاران ضریب آلفای کرونباخ و دو نیمه کردن برای این پرسشنامه را به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۸۲ گزارش کرد [۱۱].

ج) پرسشنامه اضطراب بک: یک مقیاس ۲۱ ماده‌ای است که مقیاس پاسخگویی آن چهار درجه‌ای (صفر تا ۳) است. هر یک از ماده‌های آزمون یکی از علایم شایع اضطراب (علایم ذهنی، بدنی و هراس) را توصیف می‌کند.

بنابر این نمره کل این پرسشنامه در دامنه‌ای از ۰ تا ۶۳ قرار می‌گیرد. روایی و پایایی ابزار در سطح مطلوبی ارزیابی شده و همچنین در بررسی ویژگی‌های روان سنجی این آزمون در جمعیت ایرانی، ضریب روایی در حدود ۰/۷۲ و ضریب اعتبار آزمون – آزمون مجدد به فاصله یک ماه را ۰/۸۳ و آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش شده است [۱۲].

د) پرسشنامه تجربه سوگ: این پرسشنامه اولین بار توسط Barrett & Scott در سال ۱۹۸۹ساخته شد. فرم اولیه ۵۵ سؤال داشت که در پژوهش‌های بعدی تعداد سؤالات و عوامل کاهش یافت[۱۴]. مهدی‌پور و همکاران این پرسشنامه را در جامعه ایرانی بررسی کردند و به ابزاری با ۳۴ سؤال و ۷ زیر مقیاس رسیدند که جنبه‌های مختلف تأثیر سوگ ناشی از مرگ اطرافیان را بر فرد، مورد بررسی و ارزیابی قرار می‌دهد. این ۷ زیر مقیاس عبارت است از: احساس گناه، تلاش برای توجیه و کنار آمدن، واکنش‌های بدنی، احساس ترک شدن، قضاوت شخص یا دیگران در مورد دلیل فوت، خجالت و شرمندگی و بدنامی. این پژوهشگران با استفاده از روش تحلیل مؤلفه‌های اساسی و روایی همگرا از طریق محاسبه همبستگی پرسشنامه تجربه سوگ با GHQو SCL-25 روایی این ابزار را تأیید کردند. همچنین پایایی پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ برای کل ۸۸٪ بدست آمد و برای مؤلفه‌ها از ۴۰٪ تا ۸۶٪ محاسبه شد[۱۵].

ه) پرسشنامه سلامت روان: پرسشنامه‌ای ۱۲سؤالی گلدبرگ و هیلر(۱۹۷۲) جهت سنجش سلامت عمومی مورد استفاده قرار گرفت.

محققان اعتقاد دارند که فرم‌های مختلف پرسشنامه سلامت عمومی از اعتبار و روایی بالایی برخوردار است و کارایی فرم ۱۲ سؤالی تقریباً به همان اندازه فرم ۶۰ سؤالی است [۱۳]. در این پژوهش از روش لیکرت برای نمره گذاری استفاده شد. اعتبار سازه پرسشنامه در پژوهش محققان ایرانی از طریق بررسی همبستگی بین خرده مقیاس‌ها با یکدیگر و با نمره کل محاسبه شد که همگی دارای همبستگی معنادار قوی بودند. ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه ۹۲/. و ضریب تصنیف و اسپیرمن ۹۱/. گزارش شده است [۱۵].

اطلاعات حاصل از اجرای پرسشنامه‌ها بر روی نمونه‌های پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۸، آزمون‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون و آزمون تی گروه‌های مستقل، با سطح معناداری ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج

تجزیه و تحلیل اطلاعات دموگرافیک خانواده‌های رضایت دهنده نشان می‌دهد ۴۶ درصد شرکت‌کنندگان زن، ۵۲ درصد مجرد و ۶۸ درصد بیش از ۳۰ سال سن داشته‌اند. ۴۶ درصد از شرکت‌کننده‌ها شغل آزاد داشته و ۱۴ درصد بی‌سواد بودند. ۲۶ درصد نمونه‌های پژوهش، فرزندان افراد مرگ مغزی بودند. از جنبه قومیتی، ۳۶ درصد شرکت‌کنندگان در پژوهش از قومیت ترک و ۲۸ درصد فارس بودند. در زمان پژوهش، ۲۴ درصد از شرکت‌کنندگان کارت اهدای عضو داشتند در حالی که ۹۰ درصد شرکت‌کنندگان، مایل به دریافت کارت اهدای عضو بودند. همچنین ۹۶ درصد (۴۸ نفر) از جامعه مورد پژوهش، دیگران را نیز به دریافت کارت اهدای عضو توصیه و تشویق می‌کردند. (جدول شماره ۱)

میزان رضایت از اهدای عضو به صورت یک سؤال کلی از مشارکت‌کنندگان پرسیده شد که ۸۴ درصد (۴۲ نفر) از آنها از تصمیمشان کاملاً راضی بودند. تنها در یک مورد، از رضایت به اهدای عضو کاملاً ناراضی بود. ۹۸ درصد (۴۹ نفر) از پاسخ‌دهندگان در پاسخ به این سؤال که در موقعیتی فرضی آیا مجدداً به اهدای عضو عزیزتان رضایت می‌دهید یا خیر، پاسخشان مثبت بود که خبر از رضایت بالای آنها از تصمیمشان می‌دهد.

در مورد خود فرد مرگ مغزی که اطلاعات این پژوهش از خانواده درجه یک این افراد تکمیل شده، موارد ذیل جلب توجه می‌کند، از جمله اینکه در ۴۲ درصد موارد، فرد مرگ مغزی سنی بین ۱۰ تا ۲۰ سال داشته که نشان دهنده درگیر بودن افراد در سنین جوانی با مسأله مرگ مغزی است. ۶۲ درصد موارد مرگ مغزی، بیش از ۳ روز در بخش مراقبت ویژه بستری بودند. تصادفات عامل بروز ۴۲ درصد از موارد مرگ مغزی در جامعه تحت پژوهش بود. در ۷۰ درصد موارد، مرگ مغزی در ۵ سال منتهی به زمان انجام پژوهش رخ داده بود.

یافته‌های جدول ۲ نشان می‌دهد ۳۴ درصد (۱۷ نفر) از افراد شرکت‌کننده، کاهش غم و اندوه خود را ناشی از تصمیم به اهدای عضو فرد متوفی می‌دانستند، در مقابل ۱۶ درصد (۸ نفر) گزارش کرده‌اند که کاهش غم و اندوهشان چندان ارتباطی با رضایت به اهدا نداشته است. همانگونه که نتایج مندرج در جدول ۳ نشان می‌دهد میزان سوگ در اکثر افراد شرکت‌کننده در پژوهش ۵۲ درصد در حد متوسط بوده است. میزان سوگ در ۲۴ درصد از افراد شرکت‌کننده نیز زیاد گزارش شده است. همچنین میزان اضطراب افراد شرکت‌کننده در پژوهش ۳۸ درصد در حد متوسط بوده است. ۲۸ درصد از افراد شرکت‌کننده نیز اضطراب شدید

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

داشته‌اند. میزان افسردگی در نیمی از افراد شرکت‌کننده در پژوهش ۵۰ درصد در حد متوسط بوده است. ۱۸ درصد از افراد شرکت‌کننده نیز افسردگی شدید داشته‌اند. همانگونه که نتایج مربوط به ضریب همبستگی بین متغیرهای پژوهش در جدول ۴ نشان می‌دهد، بین همه ابعاد سوگ و نمره کلی آزمودنی‌ها در میزان سوگ با اضطراب و افسردگی آنها رابطه مثبت و معنادار در سطوح معناداری ۰/۰۱ و ۰/۰۵ وجود دارد. به عبارت دیگر با افزایش میزان سوگ در مشارکت‌کنندگان، میزان اضطراب و افسردگی نیز افزایش یافته است. همچنین بین نمره سلامت عمومی با میزان سوگ رابطه منفی مشاهده شده است اما این رابطه معنادار نبوده است($P>0/05$). نتایج جدول شماره ۵ به بررسی ارتباط بین متغیرهای جمعیت شناختی با وضعیت روحی و روانی در افراد اهداکننده پرداخته است. همانگونه که نتایج نشان می‌دهد این روابط معنادار بودند: رضایت از موافقت با اهدا در مقابل تجربه سوگ، افسردگی و اضطراب رابطه منفی و معنادار دارد. به عبارت دیگر با افزایش میزان رضایت، تجربه سوگ، افسردگی و اضطراب کاهش یافته است. کاهش غم و اندوه ناشی از اهدا نیز با افزایش سلامت عمومی همراه بوده است و رابطه این دو متغیر نیز در سطح $p \leq ۰/۰۱$ مثبت و معنادار است. سن متوفی نیز با سلامت عمومی رابطه مثبت و معنادار دارد که این رابطه نیز در سطح $p \leq ۰/۰۱$ معنادار است.

جدول شماره ۱: ویژگی‌های جمعیت شناختی افراد مورد مطالعه

متغیر		فراوانی	درصد فراوانی
جنسیت	زن	۲۳	۴۶٪
	مرد	۲۶	۵۲٪٪
وضعیت تأهل	مجرد	۲۶	۵۲٪٪
	متاهل	۱۴	۲۸٪
سن عضو خانواده	۳۰-۱۵	۱۴	۲۸٪
	۴۵-۳۰	۱۷	۳۴٪
	۶۰-۴۵	۱۱	۲۲٪
	۸۰-۶۰	۶	۱۲٪
سن فرد متوفی	۲۰-۱۰	۲۱	۴۲٪
	۳۰-۲۰	۱۱	۲۲٪
	۴۰-۳۰	۳	۶٪
	۵۰-۴۰	۱۲	۲۴٪
	۷۰-۵۰	۳	۶٪
تحصیلات	بیسواد	۷	۱۴٪
	دیپلم	۳۲	۶۴٪
	کاردانی	۵	۱۰٪
	کارشناسی بالاتر	۲	۶٪
نسبت با فرد متوفی	پدر	۴	۸٪
	مادر	۷	۱۴٪
	همسر	۴	۸٪
	فرزند	۱۸	۲۶٪
	برادر	۱۲	۲۴٪
قومیت	فارس	۱۴	۲۸٪
	ترک	۲۳	۳۶٪
	لر	۹	۱۸٪
	کرد	۳	۶٪
داشتن کارت اهدای عضو	بله	۱۲	۲۴٪
	خیر	۳۸	۷۶٪

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

بحث

مطالعه حاضر با هدف تعیین سلامت روانشناختی خانواده افراد دچار مرگ مغزی و اهداکنندگان عضو در استان همدان انجام شد. یافته‌های پژوهش حاضر را می‌توان به صورت زیر خلاصه نمود. میزان سوگ، افسردگی و اضطراب در اکثر افراد شرکت‌کننده در پژوهش در حد متوسط بوده است. از لحاظ میزان سلامت عمومی نیز بیشتر آزمودنی‌ها وضعیت سلامتی خیلی ضعیف تا ضعیف داشتند. این نتایج قابل توجه است چرا که نشان می‌دهد که افرادی که به اهدای عضو رضایت داده‌اند از لحاظ وضعیت روانشناختی چندان شرایط مطلوبی ندارند. مطمئناً بخشی از این پیامدها مربوط به از دست دادن یک فرد عزیز است که در روانشناسی از آن تحت عنوان سوگ نام برده می‌شود.

نتایج مطالعه نشان داد که بعضاً بعد از گذشت چندین سال، سوگ ناشی از مرگ عزیزان در این خانواده‌ها همچنان بالا گزارش می‌شود. در مقایسه با نتایج پژوهش حاضر، Merchant و همکاران [۱۸] در پژوهشی که تحت عنوان "بررسی تأثیرات روانی اهدای عضو بر اعضای خانواده بیماران اهدا کننده" در سال ۲۰۰۸ در کشور کانادا انجام دادند به این سؤال پاسخ دادند که آیا فرآیند اهدای عضو می تواند نقش بهبود دهنده‌ای در از بین رفتن سوگ خانواده‌های اهدا کننده عضو داشته باشد و یا بلعکس، می‌تواند تأثیری منفی در فرآیند سوگ خانواده به ویژه در مورد افسردگی، استرس پس از سانحه و غم ایجاد نماید. اعضای پژوهش آنها اعضای درجه یک خانواده بیمار مرگ مغزی بودند که بین ۳ ماه تا ۵ سال از مرگ بیمارشان گذشته بود و این خانواده‌ها، رضایت برای انجام پیوند عضو را داده بودند. نتایج مطاله بیان می‌کرد هر چه بیمار مرگ مغزی جوان‌تر و زمان کمتری از مرگ وی گذشته بود، میزان سوگ خانواده‌ها بیشتر بود. اگر اعضای خانواده نگرش منفی نسبت به اهدای عضو داشتند، بیشتر از سندرم پس از حادثه رنج می‌بردند و اگر نگرش مثبتی داشتند، بیشتر از افسردگی رنج می‌بردند. پژوهشگران در پایان، چنین نتیجه می‌گیرند که اهدای عضو تأثیرات مثبتی بر فرآیند سوگواری دارد. حسین‌رضایی و همکاران [۱۹] و توکلی و همکاران [۱۰] اما به نتایج متفاوتی دست یافتند. آنها به این نتیجه رسیدند که رضایت به اهدا، تأثیر حمایتی چندانی در روند از میان بردن سوگ و افسردگی بعدی خانواده‌های موارد مرگ مغزی اهداکننده، نداشته‌است. نتایج این مطالعات، با پژوهش یافته‌های مطالعه ما همخوانی دارد. نتایج پژوهش شیه و همکاران[۲۰] و کلیرن [۲۱] نیز با نتایج مطالعه ما مشابهت دارد.

نتایج پژوهش حاضر همچنین نشان داد که بین همه ابعاد سوگ و نمره کلی آزمودنی‌ها در میزان سوگ با اضطراب و افسردگی آنها رابطه مثبت و معنادار در سطوح معناداری ۰/۰۱ و ۰/۰۵ وجود دارد. به عبارت دیگر با افزایش میزان سوگ در آزمودنی‌ها، میزان اضطراب و افسردگی نیز افزایش یافته است. پژوهش مانک و همکاران [۲۲] شییر و همکاران [۲۳] و چندین پژوهش دیگر نیز به وجود ارتباط سوگ و فاکتورهای روحی روانی از جمله افسردگی و اضطراب تأکید دارند [۲۴]. این مطالعات در گروه‌های مختلفی از جامعه انجام شده و بیانگر این واقعیت است که با افزایش میزان سوگ، میزان افسردگی و اضطراب در خانواده‌های افراد اهداء کننده عضو افزایش یافته است.

جدول شماره ۲: فراوانی و درصد فراوانی غم و اندوه ناشی از اهدا عضو

غم و اندوه ناشی از اهدا	فراوانی	درصد فراوانی
خیلی زیاد	۱۳	۲۶٪
زیاد	۴	۸٪
تاحدودی	۲۳	۴۶٪
کم	۳	۶٪
خیلی کم	۵	۱۰٪
پاسخ نداده	۲	۴٪
مجموع	۵۰	۱۰۰٪

جدول شماره۳ : فراونی میزان سوگ، اضطراب و افسردگی در خانواده ها

	کم	متوسط	زیاد	مجموع
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
سوگ	(۲۴)۱۲	(۵۲)۲۶	(۲۴)۱۲	(۱۰۰)۵۰
اضطراب	(۳۴)۱۷	(۳۸)۱۹	(۲۸)۱۴	(۱۰۰)۵۰
افسردگی	(۳۲)۱۶	(۵۰)۲۵	(۱۸)۹	(۱۰۰)۵۰

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

در مطالعه حاضر مشخص شد سن متوفی با سلامت عمومی رابطه مثبت و معنادار دارد که این رابطه نیز در سطح $p \leq ۰/۰۱$ معنادار است. مطالعه مرچانت و همکاران [۱۸] نیز به این موضوع اشاره دارند که با افزایش سن فرد مرگ مغزی، میزان سوگ در خانواده رضایت دهنده کاهش می‌یابد.

یافته‌های نشان داد که رضایت از موافقت با اهدا با تجربه سوگ، افسردگی و اضطراب رابطه منفی و معنادار دارد. به عبارت دیگر با افزایش میزان رضایت، تجربه سوگ، افسردگی و اضطراب کاهش یافته بود. کاهش غم و اندوه ناشی از اهدا نیز با افزایش سلامت عمومی همراه بود و رابطه این دو متغیر نیز در سطح $p \leq ۰/۰۱$ مثبت و معنادار است. توکلی و همکاران در مطالعه خود [۲۵]، به مقایسه افسردگی و شاخص‌های رضایتمندی در خانواده‌های دارای فوت شده مرگ مغزی در دو را در کاهش غم از دست دادن متوفی در ۶۶ درصد موارد به صورت کامل و در ۳۲ درصد موارد به صورت نسبی مؤثر می‌دانستند. این یافته‌ها با نتایج مطالعه ما تقریباً همخوانی داشت.

آنچه به طور کلی می‌توان بیان نمود آن است که با افزایش میزان سوگ در خانواده‌ها میزان افسردگی و اضطراب نیز افزایش یافته‌است که خود از تبعات سوگ در این خانواده‌ها است. همچنین رضایت خانواده‌ها از اهدا هم می‌تواند آنی باشد و هم اینکه می‌تواند در آینده و تحت تأثیر عوامل دیگر متفاوت شود و این میزان رضایت از موافقت ایشان با اهدای عضو می‌تواند تعیین کننده میزان سوگ و افسردگی و اضطراب در آنان باشد. به غیر از هرگونه عوامل جمعیت شناختی تأثیرگذار دیگر مانند سن و جنسیت و تحصیلات که البته هیچ‌کدام با میزان سوگ ارتباطی نداشتند، آنچه اهمیت دارد این است که خانواده‌هایی که به اهدای

جدول شماره ۴ : ضریب همبستگی بین ابعاد سوگ با اضطراب، افسردگی و سلامت عمومی

ابعاد سوگ	اضطراب	افسردگی	سلامت عمومی
احساس گناه	**۰/۶۳۳	**۰/۶۶۵	**-۰/۱۵۸**
تلاش برای توجیه و کنار آمدن	**۰/۴۰۳	**۰/۵۲۷	*-۰/۳۹۳**
واکنشهای بدنی	**۰/۷۳۷	**۰/۶۸۱	*-۰/۳۸۳**
احساس ترک شدن	**۰/۵۵۳	*۰/۳۷۷	**۰/۱۱۹**
قضاوت شخص یا دیگران در مورد دلیل فوت	**۰/۶۰۹	**۰/۶۶۹	**-۰/۱۷۷**
خجالت و شرمندگی	**۰/۵۲۴	**۰/۴۹۴	**-۰/۰۵۶**
بدنامی	*۰/۳۵۷	*۰/۳۲۱	**۰/۱۰۰**
نمره کلی	**۰/۶۸۶	**۰/۶۹۴	**-۰/۲۰۸**

*سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵

**سطح معناداری کمتر از ۰/۰۱

جدول شماره ۵: ماتریس همبستگی بین متغیرهای جمعیت شناختی با وضعیت روحی و روانی خانواده اهدا کننده

متغیر	تجربه سوگ	سلامت عمومی	افسردگی	اضطراب
سن رضایت دهنده	-۰/۰۲	۰/۱۳	-۰/۰۷	**۰/۰۰۱**
سن متوفی	-۰/۱۱	**۰/۴۰	-۰/۲۶	**-۰/۰۳**
تعداد فرزند متوفی	۰/۲۰	۰/۰۹	۰/۰۳	**۰/۴۷**
تعداد روز بستری	-۰/۰۷	۰/۰۹	-۰/۱۳	**۰/۱۹**
رضایت از موافقت با اهدا	*-۰/۳۱	-۰/۰۱	**-۰/۴۸	****-۰/۳۳**
کاهش غم و اندوه ناشی از اهدا	۰/۰۰	**۰/۵۵	-۰/۱۸	**-۰/۱۹**

*سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵

**سطح معناداری کمتر از ۰/۰۱

گروه اهداکننده و غیر اهداکننده پرداختند. یافته‌ها نشان داد که ۲۰ درصد افراد خانواده‌های اهدا کننده و ۱۷ درصد افراد خانواده‌های غیر اهداکننده از افسردگی رنج می‌بردند که تفاوت آنها معنادار نبود. همچنین بستگان اهداکننده، پدیده اهدای عضو عضو عزیزانشان رضایت داده‌اند، نباید بعد از اهدا رها شوند و باید تمهیداتی فراهم شود تا وضعیت روحی و روانی آنها بعد از موافقت با اهدا همچنان مورد بررسی قرار بگیرد تا در صورت وجود

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

هرگونه مشکلی حمایت‌های روانشناختی لازم برای آنها فراهم شود و میزان سوگ آنها فرآیند طبیعی را طی کند [۲۶].

با توجه به پیچیدگی شرایط سوگ در خانواده‌های اهدا کننده عضو از نتایج پژوهش حاضر می‌توان در راستای مشخص کردن نیازهای روانشناختی این افراد جهت انجام مداخلات روانشناختی درست استفاده کرد. پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی بود از جمله دسترسی سخت و گاهی غیرممکن به خانواده‌های رضایت‌دهنده به اهدای عضو. در راستای ادامه پژوهش در ارتباط با این موضوع مهم پیشنهاد می‌شود که ویژگی‌های روانشناختی خانواده‌های اهدا کننده با خاواده‌هایی که به اهدای عضو رضایت نداده‌اند مورد مقایسه قرار بگیرد.

نتیجه‌گیری

تصمیم‌گیری جهت اهداء عضو برای خانواده‌ها دشوار است و آنها را با مشکلات روانشناختی متعددی از قبیل اضطراب، افسردگی و اندوه مواجه می‌کند. به نظر می‌رسد که با بهره‌گیری از کمک روانپرستاران، روان شناسان و متخصصین روانپزشکی و ایجاد کلاس‌های آمادگی جهت اهداء عضو و همچنین فعالیت‌ها دوره‌ای و ارتباط با این خانواده‌ها بتوان این مشکلات را کاهش داد. توجه به تجارب و مشکلات روان شناختی خانواده بیماران مرگ مغزی که رضایت به اهدا عضو داده‌اند، می‌تواند سیستم‌های خدماتی و بهداشتی را در ارائه خدمات مؤثر به خانواده‌ها برای گذر راحت‌تر از این مرحله یاری نماید.

ملاحظات اخلاقی

پژوهش فوق در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی همدان با کد اخلاق IR.UMSHA.REC.1395.30 به ثبت رسیده است.

تشکر و قدردانی

این مطالعه با حمایت‌های مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی همدان انجام گرفته است. محققین بر خود لازم می‌دانند از تمامی خانواده‌ها و همچنین کلیه پرسنل درمانی که با صبر و حوصله ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، تشکر نمایند.

تضاد منافع

بدین وسیله نویسندگان این مقاله بیان می‌کنند که هیچ تضاد منافعی در خصوص مقاله حاضر وجود ندارد.

منابع

1. Levy CR, Wesley E, Payne K, Engelberg RA, Patrick DL, Curtis JR. Quality of dying and death in two medical ICUs: perceptions of family and clinicians. Chest. 2005;127(5):1775-83.
2. Eckenrod E, editor Psychological/emotional trauma of donor families. Transplantation proceedings; 2008: Elsevier.
3. HosseinRezaei H, Pilevarzadeh M, Aflatoonian MR. "Addressing the psychological problems experienced by brain death donor's family members: a qualitative-quantitative study." 2015:2(90):73-83.
4. Moraes B, Bacal F, Teixeira M, Fiorelli A, Leite P, Fiorelli L, et al., editors. Behavior profile of family members of donors and nondonors of organs. Transplantation proceedings; 2009: Elsevier.
5. Heyland DK, Rocker GM, O'Callaghan CJ, Dodek PM, Cook DJ. Dying in the ICU: perspectives of family members. CHEST Journal. 2003;124(1):392-7.
6. Manzari Zs, Mohammadi E, Heidary A. Challenges in facing organ donation request of the family of brain-dead patients: a qualitative analysis. 2015.
7. Corr C, Coolican M. Understanding bereavement, grief, and mourning: implications for donation and transplant professionals. Progress in Transplantation. 2010;20(2):169-77.
8. Eckenrod EL. Psychological/Emotional Trauma of Donor Families. Transplantation Proceedings. 2008;40(4):1061-3.
9. Bahramnezhad F, Sanaie N, Farokhnezhadafshar P, Arefi S, Moradinezhad P. Nursing Transplant Tehran: Jameenegar; 2013.
10. Tavakoli A, Rasoulian M, Golestani MG. The Comparison of Depression and Consent in Families of Brain Dead Patients in Donor and Non-donor Groups. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2006;11(4):413-8.
11. Rajabi GR. Psychometric properties of Beck depression inventory short form items (BDI-13). Journal of Iranian Psychologists. 2005;1(4):291-8.
12. Mousavi M, Hatami M, Nouryghasemabadi R. The Evaluation of effect of acceptance and commitment therapy on fatigue and anxiety in patients with breast cancer. Pejouhesh dar Pezeshki (Research in Medicine). 2017;189-98(3)41.
13. Goldberg DP. User's guide to the General Health Questionnaire. Windsor. 1988
14. Barrett TW, Scott TB. Development of the grief experience questionnaire. Suicide and Life-Threatening Behavior. 1989 Jun;19(2):201-15.
15. Mehdipour S, Shahidi S, Roshan R, Dehghani M. The Validity and Reliability of "Grief Experience Questionnaire" in an Iranian Sample . CPAP. 2009; 1 (37) :35-48
16. Yaghubi H, Karimi H, Omidi A, Barouti E, Abedi M. Validity and factor structure of the

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

General Health Questionnaire (GHQ-12) in university students. 2012.
17. Moraes BN, Bacal F, Teixeira MCTV, Fiorelli AI, Leite PL, Fiorelli LR, et al. Behavior Profile of Family Members of Donors and Nondonors of Organs. Transplantation Proceedings. 2009;41(3):799-801.
18. Merchant SJ, Yoshida EM, Lee TK, Richardson P, Karlsbjerg KM, Cheung E. Exploring the psychological effects of deceased organ donation on the families of the organ donors. Clinical transplantation. 2008;22(3):341-7.
19. Hosseinrezaei H, Pilevarzadeh M, Aflatoonian Mr. Addressing the psychological problems experienced by brain death donor's family members: a qualitative-quantitative study. 2015.
20. Shih F-J, Lai M-K, Lin M-H, Lin H-Y, Tsao C-I, Chou L-L, et al. Impact of cadaveric organ donation on Taiwanese donor families during the first 6 months after donation. Psychosomatic Medicine. 2001;63(1):69-78.
21. Cleiren MP, Zoelen AJV. Post-mortem organ donation and grief: a study of consent, refusal and well-being in bereavement. Death studies. 2002;26(10):837-49.
22. Monk TH, Houck PR, Katherine Shear M. The daily life of complicated grief patients—What gets missed, what gets added? Death Studies. 2006;30(1):77-85.
23. Shear KM, Jackson CT, Essock SM, Donahue SA, Felton CJ. Screening for complicated grief among Project Liberty service recipients 18 months after September 11, 2001. Psychiatric Services. 2006;57(9):1291-7.
24. Simon NM, Shear KM, Thompson EH, Zalta AK, Perlman C, Reynolds CF, et al. The prevalence and correlates of psychiatric comorbidity in individuals with complicated grief. Comprehensive psychiatry. 2007;48(5):395-9.
25. Tavakoli S, Shabanzadeh A, Arjmand B, Aghayan S, Heshmati BN, Razavi SE, et al., editors. Comparative study of depression and consent among brain death families in donor and nondonor groups from March 2001 to December 2002 in Tehran. Transplantation proceedings; 2008: Elsevier.
26. Ahmadian S, Rahimi A, Khaleghi E. Outcomes of organ donation in brain-dead patient's families: Ethical perspective. Nursing Ethics. 2019;26(1):256-69.

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]