

Spring 2026, Volume 15, Issue 1

## Lived Experience of Child Organ Donation Parents

Zabihollah Abbaspour<sup>1\*</sup>, Khadijeh Bakhshi Ganjeh<sup>2</sup>, Abbas Amanelahi<sup>3</sup>

1-Associate Professor, Department of Counseling, Faculty of Education and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.

2- M.A in Family Counseling, Department of Counseling, Faculty of Education and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.

3-Professor, Department of Counseling, Faculty of Education and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.

**Corresponding author:** Zabihollah Abbaspour, Associate Professor, Department of Counseling, Faculty of Education and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.

**Email:** z.abbaspour@scu.ac.ir

Received: 2025/04/23

Accepted: 2025/09/23

### Abstract

**Introduction:** Organ donation is one of the most painful emotional experiences and the most complex psychological processes for parents who lose their child. The aim of this study was to explain the lived experience of parents who lost their child to brain death and agreed to organ donation.

**Methods:** The present study was qualitative and phenomenological. Nine participants who had experience of organ donation of their child were selected through purposive sampling. In-depth interviews were conducted to collect data until data saturation. The interviews were recorded and transcribed and then analyzed using Giorgi's descriptive psychological phenomenology method.

**Results:** The analysis identified 12 key aspects of organ donation: 1-joint decision, 2-acceptance of divine destiny, 3-the need to be completely sure of one's decision, 4-religious faith, 5-mirage of hope, 6-altruism, 7-taking an example from the deceased (facilitating the decision-making process), 8-charity and forgiveness. 9-idealization, 10-disruption of daily life style, 11-lack of a suitable culture, 12-complex emotions.

**Conclusion:** The lived experience of organ donor parents is a multidimensional process in which decision-making is influenced by religious beliefs, spiritual values, altruism, and role models from the deceased. At the same time, this experience is accompanied by anxiety, conflicting emotions, and challenges resulting from a lack of cultural awareness. It is suggested that appropriate educational and cultural awareness programs be implemented in the field of organ donation to reduce anxiety and false beliefs, and that these parents benefit from the support of psychologists and religious experts, given the role of spiritual values in regulating emotions.

**Keywords:** Lived Experience, Organ Donation, Parents, Brain Death.

## تجربه زیسته والدین اهداکننده عضو فرزند

ذبیح اله عباس پور<sup>۱\*</sup>، خدیجه بخشی گنجه<sup>۲</sup>، عباس امان الهی<sup>۳</sup>

۱- دانشیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

۲- کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

۳- استاد، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

نویسنده مسئول: ذبیح اله عباس پور، دانشیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.  
ایمیل: z.abbaspour@scu.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۶/۲

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۱/۳

## چکیده

**مقدمه:** اهداء عضو فرزند یکی از دردناک ترین تجربه های هیجانی و از پیچیده ترین فرایندهای روانی برای والدینی است که فرزند خود را از دست می دهند. هدف پژوهش حاضر تبیین تجربه زیسته والدینی بود که فرزند خود را بر اثر مرگ مغزی از دست داده و با اهداء اعضای او موافقت کرده بودند.

**روش کار:** پژوهش حاضر از نوع کیفی و به روش پدیدارشناسی بود. ۹ مشارکت کننده که تجربه اهداء عضو فرزندشان را داشتند، به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند. جهت جمع آوری داده ها، مصاحبه های عمیق تا مرحله ی اشباع داده ها اجرا شد. مصاحبه ها ضبط و به صورت کتبی نوشته شدند و سپس به روش پدیدارشناسی توصیفی روانشناسانه Giorgi تحلیل شدند.

**یافته ها:** ساختار کلی تجربه زیسته والدین اهداء کننده عضو شامل ۱۲ جزء تشکیل دهنده است: تصمیم مشترک، ادراک و پذیرش مرگ مغزی به عنوان تقدیر الهی، تردید و اضطراب در تصمیم به اهداء، ارزش های معنوی تسهیل گر، ناامیدی از درمان، نوع دوستی، متوفی به عنوان الگو تصمیم گیری، انفاق و بخشش، آرمانی سازی، مختل شدن روند زندگی، فقدان فرهنگ سازی مناسب و هیجانات متناقض.

**نتیجه گیری:** تجربه زیسته والدین اهداکننده عضو فرآیندی چندبعدی است که تصمیم گیری در آن تحت تأثیر باورهای دینی، ارزش های معنوی، نوع دوستی و الگوگیری از متوفی قرار دارد. همزمان، این تجربه با اضطراب، هیجانات متناقض و چالش های ناشی از کمبود فرهنگ سازی همراه است. پیشنهاد می شود برای کاهش اضطراب و باورهای نادرست، برنامه های آموزشی و فرهنگ سازی متناسبی در زمینه اهداء عضو اجرا شود و با توجه به نقش ارزش های معنوی در تنظیم هیجانات، این والدین از حمایت روانشناسان و کارشناسان دینی بهره مند شوند.

**کلیدواژه ها:** تجربه زیسته، اهداء عضو، والدین، مرگ مغزی.

## مقدمه

مرگ مغزی (brain death)، توقف غیرقابل برگشت تمام عملکردهای مغز، شامل ساقه مغز است که همراه با فقدان کامل هوشیاری (کما)، بازتاب های ساقه مغز، و کارکرد مستقل برای تنفس است و نشانه ای از بازگشت احتمالی وجود ندارد (۱). پیوند عضو (organ transplant) آخرین روش درمانی برای افرادی است که دچار نارسایی

ارگان های حیاتی بدن شده اند و کسانی که دچار مرگ مغزی شده اند، مهم ترین منبع برای افراد دچار نارسایی شدید هستند (۲). اهداء عضو به اهداء اندامها یا بافت های بدن اطلاق می شود که با عمل جراحی از اهدا کننده برداشته شده و به یک یا چند گیرنده پیوند زده می شود (۳).

در ایران در هر ۷۰ دقیقه یک تن دچار مرگ مغزی

در هر دو گروه والدین اهداکننده و غیراهداکننده مشابه است. رضایت یا عدم رضایت به اهداء عضو، تأثیری بر کل روند سوگواری ندارد؛ بلکه معنایی که والدین به عمل اهداء عضو نسبت می‌دهند، تعیین‌کننده نحوه درک آن‌ها از مرگ فرزند و در نتیجه تسهیل یا تضعیف سازگاری آن‌ها با فقدان است. Manzari و همکاران (۱۶) هم نشان دادند خانواده‌هایی که با درخواست اهداء عضو یکی از عزیزان مبتلای به مرگ مغزی مواجه شدند، صرف‌نظر از پذیرش یا رد اهداء عضو، مدت‌ها پس از مرگ بیمار تحت تأثیر ماندگار این تجربه قرار داشتند. پژوهش Ahmadian و همکاران (۱۷) نشان داد عوامل نش زای تجربه‌شده پس از اهداء عضو در شش مضمون درک تهدید فقدان، تصمیم‌گیری در شرایط تعارض، خداحافظی دردناک و فرساینده، احساس ناامنی، پیچیدگی سوگ، و جست‌وجوی آرامش طبقه بندی می‌شوند.

متخصصان سلامت روان باید دستورالعمل‌های مشخص و دقیقی داشته باشند تا علاوه بر این که فرایند کسب رضایت اهداء عضو را تسهیل می‌کنند، به خانواده و والدین داغ دیده نیز کمک کنند (۱۱، ۱۳). علی‌رغم اهمیت این موضوع، در خصوص این که چه کاری برای خانواده‌ها موثرتر است و چه اقدامی اثرگذاری بیشتری دارد، پژوهش‌های کمی صورت گرفته است (۱۸). کشف تجربه زیسته این والدین می‌تواند ملاحظات مناسبی برای طراحی مداخلات لازم فراهم آورد. اگر متخصصان این حوزه نیازهای والدین را در این شرایط درک کنند و بر اساس شرایط حال آن‌ها، مداخلات خود را پیاده کنند، فرایند اهداء عضو تسهیل می‌شود (۱۹) و در زمان سوگواری، والدین نشانگان سوگ پیچیده را کمتر نشان می‌دهند (۲۰). بنابراین، هدف پژوهش حاضر تبیین تجربه زیسته والدینی بود که فرزند خود را بر اثر مرگ مغزی از دست داده و با اهداء اعضای او موافقت کرده بودند.

## روش کار

طرح پژوهش حاضر از نوع کیفی است و به روش پدیدارشناسی توصیفی روانشناسانه (psychological descriptive phenomenology) اجرا گردید. پدیدارشناسی فرآیندی است که جهت کشف، درک و توصیف تجربه‌ی زیسته (lived experience) روزمره افراد از یک پدیده‌ی خاص به‌کار برده می‌شود (۲۱). مشارکت‌کنندگان این پژوهش والدین بیماراران مرگ مغزی بودند که تجربه اهداء

می‌شود و در هر ۱۰ دقیقه، یک تن به لیست انتظار اضافه می‌شود (۴). در حالی که به ازای هر یک میلیون تن، ۱/۷ درصد اهداء عضو صورت می‌گیرد که بسیار کمتر از کشورهای آمریکایی و اروپایی است (۵). در مواجهه با چنین موقعیتی، خانواده افرادی که دچار مرگ مغزی می‌شوند، به طور متفاوتی واکنش نشان می‌دهد (۶). در حالی که پیوند عضو می‌تواند جان بسیاری از افراد نیازمند را نجات دهد، امتناع خانواده‌ها از اهداء عضو، اصلی‌ترین مانع نجات بخشی افرادی است که به پیوند عضو نیاز دارند است (۲، ۷، ۸). هر چند هیچ کدام از والدین بعد از اهداء عضو فرزند از تصمیم‌شان پشیمان نیستند، با این حال این تصمیم در چنین موقعیت پیچیده‌ای بسیار دشوار است (۹).

علی‌رغم این که یافته‌ها نشان می‌دهد تجربه مرگ مغزی و اهداء عضو برای همه اعضای خانواده منحصر به فرد است (۱۰)، برای رنج ناشی از مرگ یک عضو خانواده که عمر طولانی مدتی داشته است بسیار راحت‌تر از موقعیتی است که والدین فرزند خود را از دست می‌دهند (۱۱). در چنین شرایطی والدین از لحاظ جسمی و روانی تحلیل می‌روند، تا جایی که ارائه خدمات فوری روانپزشکی و روانشناختی ضرورت پیدا می‌کند (۱۲). والدین احساس می‌کنند که هستی، احساس امنیت و هویت اساسی آن‌ها تهدید می‌شود. دقیقاً زمانی که والدین و اعضای خانواده درگیر احساسات پیچیده فقدان هستند، درخواست اهداء عضو فرزند والدین این موقعیت را غامض‌تر می‌کند (۱۳).

ناهماهنگی شناختی و درگیری احساسی، تعامل با متخصصان، قرار گرفتن در یک فرآیند پیچیده تصمیم‌گیری، نیاز به نزدیکی و حفظ حریم خصوصی، و احساس امید از عمده‌ترین تجربیات خانواده‌ها در زمان اهداء عضو فرزندشان است (۱۳). درک نادرست از مرگ مغزی، باورهای فرهنگی، زمان نادرست درخواست، بافتی که درخواست مطرح می‌شود و ویژگی‌های متوفی از جمله موانع اهداء عضو است (۸). به طور کلی مجموعه عوامل فرهنگی، شخصی، قومیتی، اجتماعی، مذهبی و همچنین رفتارهای متخصصان بهداشت و سلامت در این تصمیم‌اثرگذار هستند (۱۴).

Bellali & Papadatou (۱۵) در پژوهشی با ۱۱ والد داغدار که به اهداء عضو رضایت داده بودند و ۱۱ والد که آن را نپذیرفته بودند، مصاحبه کردند و نشان دادند که مضامین اصلی توصیف‌کننده سوگ و متغیرهای مؤثر بر فرایند آن

دقیقه متغیر بود که با رضایت مشارکت‌کنندگان ضبط و ثبت شد. به دلیل این که این پژوهش هیچ گونه خدماتی برای مشارکت‌کنندگان نداشت، مکان و زمان مصاحبه دقیقاً طبق پیشنهاد مصاحبه شونده تعیین شد و فقط یک بار مصاحبه انجام شد. محل انجام مصاحبه بطور مثال در محل کار افراد، کتابخانه عمومی و یا پارک نزدیک منزل بود. پس از ضبط، پژوهشگر همه داده‌های استخراج شده از مصاحبه را به فایل نوشتاری تبدیل کرد. شیوه پدیدارشناسی توصیفی Giorgi به‌عنوان روشی برای جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها استفاده شد. ۵ گام این روش عبارتند از: ۱- یادداشت برداری و تبدیل صحبت‌های مشارکت‌کنندگان به متن؛ ۲- چندین مرتبه خواندن داده‌ها جهت پیدا کردن معنای کل؛ ۳- مشخص و برجسته نمودن واحدهای معنایی؛ ۴- تبدیل واحدهای معنایی از زبان طبیعی به زبان روانشناختی؛ ۵- مشخص کردن ساختار نهایی (۲۲).

در پژوهش حاضر در راستای قابلیت اعتماد به داده‌ها، از ۴ معیار باورپذیری (credibility)، اطمینان‌پذیری (dependability)، تاییدپذیری (conformability) و انتقال‌پذیری (transferability) استفاده شد (۲۳). برای افزایش معیار باورپذیری، از اختصاص وقت کافی برای گردآوری داده‌ها، حضور دائم در محیط پژوهش و ایجاد رابطه صمیمانه با مشارکت‌کنندگان استفاده شد. به منظور معیار اطمینان‌پذیری، داده‌های این پژوهش در اختیار ۳ پژوهشگر کیفی خارج از گروه پژوهش قرار داده شد. سپس کدگذاری و تحلیل داده‌ها به صورت جداگانه انجام گرفت. ارزیابی این ۳ پژوهشگر با نتایج پژوهش حاضر شباهت زیادی داشت. تأییدپذیری از طریق همخوانی دو فرد مستقل راجع به دقت، ارتباط و معنی داده‌ها سنجیده می‌شود و از طریق پرهیز از تعصب و مشخص کردن قواعد تصمیم‌گیری در تفسیر و تقلیل داده‌ها میسر شد. برای اطمینان از حصول معیار انتقال‌پذیری، در انتخاب مشارکت‌کنندگان معیارهای مشابه و متنوع در نظر گرفته شد تا یافته‌های این پژوهش انعکاسی از بافت واقعی و گروه‌های مشابه باشد و کاربرد داشته باشد (۲۴).

ملاحظات اخلاقی که در این پژوهش در نظر گرفته شد: ۱- مشارکت‌کنندگان جهت شرکت در پژوهش و در اختیار قرار دادن تجارب خود تمایل داشتند؛ ۲- به مشارکت‌کنندگان در خصوص اهداف مطالعه توضیح داده شد؛ ۳- جهت ضبط جلسات از مشارکت‌کنندگان رضایت‌نامه کتبی گرفته

عضو فرزند خود را داشتند. تعداد مشارکت‌کنندگان ۹ تن بود که به روش هدفمند انتخاب شدند و از معیار اشباع برای تعیین تعداد نمونه استفاده شد. بدین‌گونه که هنگام تحلیل اطلاعات حاصل شده از این ۹ مشارکت‌کننده، پس از تقسیم‌بندی داده‌ها به صورت کامل و تعیین رابطه بین این تقسیم‌بندی‌ها، طبق قاعده اشباع کد جدیدی استخراج نشد.

در این پژوهش به‌غیر از معیارهای اصلی شرکت در پژوهش، یعنی داشتن تجربه اهداء عضو فرزند مرگ مغزی، معیارهای دیگری برای ورود در نظر گرفته شد که عبارت بودند از: ۱- بر اساس مصاحبه اولیه و تشخیص مصاحبه‌کننده، مشارکت‌کننده وضعیت روانی مساعدی برای انجام مصاحبه داشته باشند؛ ۲- مشارکت‌کنندگان جهت در اختیار قرار دادن تجارب خود باید از سواد شناختی لازم و کافی برخوردار باشند؛ و ۳- تحت تاثیر داورهای روانپزشکی، مواد مخدر یا مشروبات الکلی نباشند. به دلیل این که نمونه پژوهش، خاص و محدود بود، زمان کنترل نشد؛ چرا که احتمال محدودیت نمونه وجود داشت. با این وجود در هیچ کدام از آزمودنی‌ها زمان اهدا بیشتر از ۳ سال نبود. ۷ تن از مشارکت‌کنندگان، پدر و دو تن مادر بودند. دامنه سنی فرزندان فوت شده بین ۴ تا ۳۹ سال بود که جنسیت آن‌ها، ۶ پسر و ۳ دختر بود. از این ۶ پسر، ۴ تن متاهل بودند.

در پژوهش حاضر از مصاحبه نیمه ساختار یافته (semi-structured interview) جهت جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. بدین صورت که پژوهشگر در راستای افزایش تمرکز بر جزئیات پدیده اهداء عضو فرزند که مرگ مغزی شده است، از سؤالات بازپاسخ و پیگیرانه استفاده کرد و پاسخ‌ها ضبط و مکتوب شد. پژوهشگر در شروع، جهت بررسی تجربه مشارکت‌کنندگان، مثال‌ها و داستان‌هایی در مورد والدینی شرح داد که پس از مرگ مغزی یکی از اعضای خانواده، با تصمیم‌گیری در مورد اهداء عضو مواجه شدند. سپس این سؤالات مطرح شد:

- با توجه به مثالی که خدمتان عرض شد، تجربه شما چگونه بود؟

- آیا می‌توانید جزئیات تجربه خود را توضیح دهید؟

- این تجارب برای شما شبیه به چه چیزی بوده است؟

- شما چگونه این تجارب را نام گذاری می‌کنید؟

- این تجارب برای شما چه معنایی دارد؟

مدت زمان جلسات مصاحبه به طور متوسط بین ۴۰ تا ۶۰

شد؛ ۴- در ارتباط با صیانت از حریم خصوصی و محرمانه بودن اطلاعات و استفاده از شماره گذاری در هنگام تحلیل داده‌ها جهت جلوگیری از فاش شدن اسامی واقعی مشارکت‌کنندگان، اطمینان خاطر داده شد.

## یافته‌ها

در این پژوهش ۹ والد مشارکت کردند که از این تعداد، ۷ تن پدر و ۲ تن مادر بودند. این مشارکت‌کنندگان والدین ۶ پسر و ۳ دختر بودند که دچار مرگ مغزی شدند. ۴ تن از این متوفیان در زمان مرگ متأهل و ۵ تن مجرد بودند و دامنه سنی آن‌ها ۴ تا ۳۹ سال بود. از این فرزندان در نتایج این پژوهش نشان داد که ساختار کلی تجربه زیسته والدین اهداء کننده عضو شامل ۱۲ جزء تشکیل دهنده است که عبارتند از: تصمیم مشترک، ادراک و پذیرش مرگ مغزی به عنوان تقدیر الهی، تردید و اضطراب در تصمیم به اهداء، ارزش‌های معنوی تسهیل‌گر، ناامیدی از درمان، نوع دوستی، متوفی به عنوان الگو تصمیم‌گیری، انفاق و بخشش، آرمانی‌سازی، مختل شدن روند زندگی، فقدان فرهنگ‌سازی مناسب و هیجانات متناقض.

### ۱- تصمیم مشترک

مواجه ناگهانی با مرگ افراد نزدیک تجربه‌ای از شوک و بهت را ایجاد کرده بود. در هنگام مواجهه با این احساسات و هیجانات متناقض، مشارکت‌کنندگان باید در مورد اهداء عضو فرزند خود تصمیم‌گیری می‌کردند. دشواری تصمیم به اتمام زندگی زیستی فرزند فشار زیادی را به مشارکت‌کنندگان وارد کرده بود. در نتیجه، آن‌ها با همفکری دیگر اعضای خانواده فرایند تصمیم‌گیری را تسهیل و به یک تصمیم مشترک تبدیل کردند. این جزء تشکیل دهنده که مرتبط با تجربه همه مشارکت‌کنندگان است، یکی از نخستین مواجهه‌ها پس از ضربه مغزی فرزندان توصیف شده است. پدر پسر ۱۸ ساله ای بیان کرد: «وقتی متوجه شدم دیگر کاری از دست کسی بر نمی‌آید و پس از صحبت‌های متخصصان، تصمیم گرفتیم/عضای پسر را اهدا کنیم».

### ۲- ادراک و پذیرش مرگ مغزی به عنوان تقدیر الهی

مرگ فرزند برای مشارکت‌کنندگان پژوهش یک تجربه دردناک و سخت بوده است. پذیرش و ایمان به این که وقایع و تجربه‌های زندگی به روشی تقدیر شده است که تحت تأثیر خداوند قرار گرفته‌اند و اینکه زندگی به عنوان

یک حکم و تقدیر الهی است، از منظر مشارکت‌کنندگان، آن‌ها را در کنار آمدن با تجربه مرگ مغزی فرزندشان کمک کرده بود. پدر دختر ۱۸ ساله ای بیان کرد:

«معتقدم که خواست خدا بر این است و با توکل بر خدا و چیزی که مقدر کرده بود، احترام گذاشتیم و قبول کردیم که این ضربه مغزی شدن فرزندم تقدیر خدا بود و ما راضی شدیم به رضای خدا آخرش»

### ۳- تردید در تصمیم

تصمیم‌گیری برای مشارکت‌کنندگان پژوهش حاضر به دلیل عدم اطمینان، نبود اطلاعات کافی یا عدم پذیرش مرگ فرزندشان صورت می‌گرفت. مادر پسر ۲۴ ساله ای در توصیف تجربه خود از فرایند اهداء عضو اظهار کرد که: «با دکتر صحبت کردم و گفتم که بچه هم داری؟ گفت بله دو تا دختر دارم، بهش گفتم می‌دونی که بچه چقد عزیزه و سخته در این شرایط؛ اگر امیدی هست برگردد به من بگو. دکتر گفت جان بچه ام هیچ امیدی نیست که به زندگی بازگشتی داشته باشد».

### ۴- ارزش‌های معنوی تسهیل‌گر

براساس تجربه مشارکت‌کنندگان، ارزش‌های معنوی در آن‌ها اطمینان ایجاد می‌کرد که در مواجهه با تراژدی‌ها و چالش‌های اهداء عضو به عنوان تسهیل‌گر و پشتیبان عمل می‌کردند. پدر پسر ۱۵ ساله ای اظهار کرد که با همسرش صحبت کرد و به او گفت: «وقتی قرآن به ما می‌گوید ببخشید و انفاق کنید و خداوند متعال روی بخشش تاکید دارد، بیا ما هم اعضای فرزند خود را ببخشیم و بچه هم به آرام و قراری برسد».

### ۵- ناامیدی از درمان

مشارکت‌کنندگان تا آخرین لحظات نسبت به یافتن شیوه‌ای از درمان امیدوار بودند. اما زمانی که با انتظارات غیر منطقی خود مواجه شده بودند. و همچنین زمانی که نسبت به نبود درمان برای فرزند خود اطمینان پیدا کرده بودند، احساس ناامیدی پیدا کرده بودند که این احساس منفی آن‌ها نقش سازنده‌ای در مواجهه با واقعیت و پذیرش اهداء عضو فرزندانشان داشته است. پدر پسر ۳۹ ساله ای بیان کرد:

«تا آن لحظه امید داشتم ولی بعدش حتی از خودم هم ناامید شدم و حالتی داشتم که از زندگی و زندگی کردن ناامید شدم و همه امیدم ناامید شد».

### ۶- نوع دوستی

## ذبیح اله عباس پور و همکاران

تجربه بودند، تصویر آرمانی از فرزند خود ساخته بودند. پدر پسر ۱۵ ساله ای اظهار کرد:

«همه کارهایم را انجام می داد و بعضی وقت ها اینقدر خوب بود و ابزار محبت می کرد که شرمند خوبی هایش می شدم». این مشارکت کننده اشاره کرد که فرزندش به تمام معنا خوب و کامل بود و تاکید کرده که صرفاً بخاطر احساسات مادرانه این صحبت ها را نمی کند.

### ۱۰- مختل شدن روند زندگی

قبول مرگ فرزند و سازگاری با آن بر روند زندگی مشارکت کنندگان پژوهش تاثیرات قابل توجهی داشته و باعث مختل شدن روند زندگی شده بود. پدر پسر ۱۵ ساله ای بیان کرد:

«من و همسر من زندگی آرامی نداشتیم و بعد از مرگ فرزندم این اتفاق باعث شد ما در مسیر طلاق قرار بگیریم و از هم جدا بشیم و زندگی باش سخت شده بود؛ چون بعضی وقتها من را سرزنش می کرد که نباید اعضای فرزندم را اهدا می کردیم».

### ۱۱- فقدان فرهنگ سازی مناسب

فقدان فرهنگ سازی در زمینه اهدا عضو بر تجربه زیسته مشارکت کنندگان تاثیرات منفی جدی داشته است. کاهش تعداد اهداء عضو، ناشناخته بودن اهداء عضو و عدم استفاده از تمام پتانسیل موجود جهت ترویج این موضوع از مواردی بود که مشارکت کنندگان به آن ها اشاره کردند. پدر پسر ۱۸ ساله ای اظهار کرد:

«خیلی سخت هست بریم سراغ خانواده ای و بش بگویم بی اهدا عضو کن. ولی اگر از قبل اطلاعات لازم ارائه بشود و مردم دانسته هاشون را بالا ببرند مطمئناً مردم برای پذیرش این صحبت ها آمادگی بیشتری دارند و راحت تر اهدا عضو انجام می شود و جان افراد بیشتری را نجات می دهیم، اما متأسفانه هزینه ی لازم برای این فرهنگ سازی انجام نگرفت».

### ۱۲- هیجانانگیز متناقض

مشارکت کنندگان به هیجانانگیز متناقضی اشاره کردند که پس از اهداء عضو داشتند. ناراحتی، غم و سوگ در کنار احساس خرسندی از فعالیتت انسان دوستانه، وضعیت هیجانانگیز متناقضی را برای مشارکت کنندگان ایجاد کرده بود. پدر پسر ۲۴ ساله ای از تجربه خود گفت:

«همه می گفتند این دیوانه شده نه گریه میکنه نه ناراحت هست و خیلی عادی بودم. من شوکه شده بودم ولی

احساس رضایت بخش، شادی و معنای جدید به زندگی از جمله احساسات مشارکت کنندگان پژوهش نسبت به اقدام آن ها جهت اهدا عضو فرزندشان بود. مشارکت کنندگان کار خود را نوعی اقدام خیرخواهانه یا نوع دوستانه توصیف کردند. این جزء تشکیل دهنده توصیفی از احساس آرامش و خوشحالی مشارکت کنندگان بعد از اهداء عضو هست. پدر دختر ۴ ساله ای هم به این موضوع اشاره کرد که:

«اهدا عضو نجات بقیه است و زمانی که ما جان اشخاصی را نجات می دهیم یک نقطه مثبت است و این کار باعث آرامش فرزند و خود ما می شود». وی در ادامه بیان کرد که کار وی و خانواده اش اقدامی انسانی دوستانه و خداپسند بود و از انتخاب این تصمیم ابراز خوشحالی کرد.

### ۷- متوفی به عنوان الگوی تصمیم گیری

مشارکت کنندگان بیان داشتند که صفات شخصیتی و رفتاری فرد متوفی، الگویی برای تصمیم گیری آن ها بوده است. این جزء تشکیل دهنده مربوط به اجرای وصیت متوفی و الگو گرفتن از فرزند است. پدر دختر ۱۸ ساله ای که در طول زندگی خاطرات خوبی از سفرهای خانوادگی داشت، اظهار کرد که:

«یک بار سفر رفته بودیم همین پسر که مرحوم شده بود گفت اگر اتفاقی واسم افتاد تصادفی کردم یا مشکلی اعضايم را اهدا کنید».

### ۸- اتفاق و بخشش

مشارکت کنندگان پژوهش اهداء عضو فرزند خود را یک تجربه مثبت و ارزشمند بیان کردند که معمولاً باعث ایجاد احساس رضایت و معنای جدید در زندگی آن ها شده است. همچنین این موضوع علاوه بر تجربه رضایت روانشناختی باعث تقویت زندگی جاودانگی فرزندشان براساس ارزش ها و باروهایشان شده بود. پدر پسر ۱۸ ساله ای بیان کرد که:

«ما با این کار باعث شدیم زندگی یک فرد که نه، سه نسل ادامه پیدا کند و این کار مثل یک صدقه جاریه است و تا آخر عمر هم ادامه دارد. اهدا عضو برای کسی که این دنیای فانی را رها کرده است یک اجر اخروی دارد و اگر جان یک نفر را نجات دهد انگار جان همه را نجات داده است».

### ۹- آرمانی سازی

مشارکت کنندگان پژوهش در واکنش به مرگ مغزی و از دست دادن ناگهانی فرزند خود برای مقابله با احساس از دست دادن فرزند خود و تسکین درد و رنجی که در حال

جنون و دیوانه نشده بودم و قشنگ اون روزها به کارهام مسلط بودم بهتر از هر روز بودم. ولی بعد از مدتی وقتی خاطرات عزیزت یادت میاد کم کم دچار خسارت و ناراحتی روحی میشه».

## بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی تجربه زیسته والدینی بود که فرزند خود را بر اثر مرگ مغزی از دست داده و با اهداء اعضای او موافقت کرده بودند. یافته های پژوهش ۱۲ جزء تشکیل دهنده را نشان داد.

**تصمیم مشترک:** نتایج پژوهش حاضر نشان داد زمانی که والدین در مورد اهداء عضو توافق داشتند، فرایند اهداء عضو فرزند تسهیل می شد. یافته های Lalegani و همکاران (۲۵) و de Groot و همکاران (۱۹) نیز نشان می دهد میزان موافقت اعضای خانواده، به خصوص مادر نقش مهمی در تسهیل تصمیم گیری برای اهداء عضو دارد. در تبیین این یافته می توان گفت که تصمیم برای اهداء عضو در شرایط بحرانی مرگ مغزی فرزند را نمی توان یک فرآیند فردی دانست، بلکه این تصمیم به عنوان کنشی جمعی در بستر روابط و تعاملات خانوادگی شکل می گیرد. زمانی که میان والدین و دیگر اعضای خانواده همراهی و توافق ایجاد می شود، شدت تعارضها و فشارهای روانی کاهش یافته و احساس آرامش، اطمینان و درستی تصمیم تقویت می شود. فرآیند تصمیم گیری مشترک از طریق تقسیم مسئولیتها می تواند از بروز احساس گناه یا سنگینی بار روانی در والدین جلوگیری کرده و به جای آن تجربه ای مبتنی بر همدلی، همراهی و معنا برای خانواده رقم بزند. افزون بر این، مشارکت فعال خانواده در این تصمیم گیری نه تنها انسجام خانوادگی را افزایش می دهد، بلکه فرایند پذیرش پیامدهای روانی و اجتماعی ناشی از اهدای عضو را نیز تسهیل می کند. (۲۶).

**ادراک و پذیرش مرگ مغزی به عنوان تقدیر الهی:** نتایج پژوهش حاضر نشان داد که والدین این اتفاق را خواست خداوند و تقدیر الهی می دانستند. Vincent و همکاران (۲۷) با بررسی گروه های مختلف مذهبی نشان دادند اعتقاد به خدا و زندگی پس از مرگ، نقش مهمی در دیدگاه فرد نسبت به اهداء عضو دارد. وقتی والدین اعتقاد دارند که فرزندشان هدیه خداوند بوده است، مرگ فرزندشان را از مقدرات خدا می دانند و معتقدند این مرگ، ادامه حیات

وی در دنیایی بهتر است. این اعتقاد می تواند برای والدین شفا بخش باشد. در تبیین این یافته می توان گفت که والدین با تکیه بر ایمان دینی، مرگ فرزند را نه صرفاً یک پایان دردناک، بلکه بخشی از اراده و مشیت الهی تلقی کردند که می تواند معنایی متعالی بیابد. این نگاه باعث شد که فرایند اهداء عضو از سطح یک تصمیم دشوار و پرتنش به سطحی از «عبادت»، «انفاق» و «ادای وظیفه دینی و اخلاقی» ارتقا پیدا کند. از منظر روانشناختی، چنین باوری در حکم یک مکانیزم معنابخش عمل کرده و والدین را در پذیرش فقدان و کاهش احساس بی عدالتی یا پوچی یاری کرده است. همچنین اعتقاد به پاداش معنوی و رضایت الهی به عنوان نتیجه این عمل، سبب تقویت حس آرامش، رضایت درونی و معنا در رنج شده است (۲۸، ۲۹).

**تردید و اضطراب در تصمیم به اهداء عضو:** نتایج پژوهش حاضر نشان داد یکی از تجربه های والدینی که در این پژوهش مشارکت کردند تردید به اهداء عضو فرزند بود. این یافته با یافته های مصطفوی و همکاران (۲) همخوانی دارد. Lalegani و همکاران (۲۵) نشان دادند خانواده های دارای بیمار مرگ مغزی در لحظه تصمیم گیری، دچار تردید، شک و نگرانی از عواقب تصمیم خود می شوند. بر اساس نظریه های «سوگ پیش بینانه» و «اضطراب تصمیم گیری»، والدین در لحظه مواجهه با مرگ مغزی فرزند، علاوه بر تجربه فقدان، در معرض تصمیمی قرار می گیرند که ماهیتی برگشتناپذیر دارد. در تبیین این یافته می توان گفت که این امر باعث شکل گیری تعارض درونی بین میل به رهایی از رنج دیگر بیماران از طریق اهداء عضو» و «ترس از پیامدهای اخلاقی، معنوی یا اجتماعی» می شود. از یک طرف، اضطراب والدین بازتابی از مسئولیت سنگین در برابر فرزند متوفی و جامعه است و از طرف دیگر، نشان دهنده تلاش برای حفظ انسجام روانی در شرایط بحرانی است. تقسیم این مسئولیت میان اعضای خانواده و دریافت حمایت از متخصصان می تواند نقش مهمی در کاهش این اضطراب و هدایت والدین به سوی یک تصمیم معنادار ایفا کند (۳۰، ۳۱).

**ارزش های معنوی تسهیل گر:** نتایج پژوهش حاضر نشان داد معنویت و ارزش های معنوی والدین نقش مهمی در ابراز واکنش به سوگ فرزند دارد. Sarti و همکاران (۲۸) با بررسی خانواده های اهداء کننده عضو در کانادا دریافتند که بسیاری از خانواده ها اهداء عضو را عملی معنوی و اخلاقی

برای والدین حاکی از احساس نودوستی و کمک خیرخواهانه به دیگران است. همچنین والدین فکر می کنند که با این کار خیرخواهانه به نوعی می توانند از بدن فرزندشان مراقبت کنند. پژوهش Bellali و همکاران (۱۵) نیز نشان می دهد بسیاری از والدین به دلیل این که توانسته اند به فرد دیگری زندگی ببخشند، سوگ کمتری را تجربه می کنند. در تبیین این یافته می توان گفت که بر اساس معناسازی در سوگ (Meaning-Making in Grief) والدین در مواجهه با فقدان فرزند با بحرانی عمیق روبه رو می شوند که می تواند احساس پوچی و بی معنایی ایجاد کند. اما اهداء عضو فرصتی برای بازتعریف این تجربه تلخ فراهم می آورد؛ به این معنا که مرگ فرزند به پلی برای نجات و ادامه حیات دیگران تبدیل می شود. این بازتعریف نه تنها به کاهش احساس ناتوانی و بی عدالتی کمک می کند، بلکه امکان تجربه آرامش معنوی را نیز برای والدین فراهم می سازد. بنابراین، عمل نودوستانه اهداء عضو می تواند به عنوان یک روند روانی اجتماعی عمل کند که سوگ را به تجربه ای معنا بخش و امیدآفرین بدل کرده و به والدین در سازگاری با فقدان یاری رساند (۳۷).

متوفی به عنوان الگو تصمیم گیری: نتایج پژوهش حاضر نشان داد رضایت فرزند به اهداء عضو در زمان حیات نقش مهمی در تسهیل تصمیم گیری والدین دارد. پژوهش Luberd (۳۸) نیز نشان داده والدینی که فرزندشان در زمان هشیاری مایل بوده که در چنین شرایطی، اهداء عضو کند، این تصمیم برایشان آسان تر بوده است. همچنین Stouder و همکاران (۳۹) به این نتیجه رسیدند از آن جایی که فرزندشان اهداء کننده زندگی به دیگران بوده است والدین به او افتخار می کنند. در تبیین این یافته می توان گفت بر اساس نظریه خودمختاری و عاملیت (autonomy and agency) زمانی که والدین می دانند فرزندشان به طور آگاهانه رضایت به اهداء عضو داده است، تصمیم آن ها نه تنها یک واکنش در شرایط بحرانی، بلکه عملی در امتداد خواست و عاملیت فرزند تلقی می شود. این امر موجب می شود والدین احساس کنند که به ارزش ها و انتخاب های فرزند احترام گذاشته اند و این کار به کاهش بار عاطفی ناشی از تصمیم گیری کمک می کند. افزون بر این، رضایت فرزند به والدین اجازه می دهد که فرزندشان را با احساس ادامه میراث اخلاقی فرزند تجربه کنند که این خود می تواند عاملی برای معنا بخشی به رنج و کاهش

می دانند که می تواند به التیام بخشی از رنج ناشی از فقدان کمک کند. در تبیین این یافته می توان گفت که معنویت یکی از منابع اصلی مقابله در شرایط سوگ و فقدان است. نظریه های روانشناسی مثبت گرا و نیز الگو های معنادرمانی تأکید می کنند که معنویت می تواند به افراد در یافتن معنا و هدفی متعالی در دل تجربه های دردناک کمک کند. در زمینه اهداء عضو، والدین با تکیه بر باورهای معنوی، مرگ فرزند را نه پایان مطلق، بلکه بخشی از تقدیر در نظر می گیرند. این بازتعریف معنوی نه تنها به کاهش شدت سوگ و اضطراب کمک می کند، بلکه تصمیم به اهداء عضو را به عنوان عملی معنا بخش، خیرخواهانه و حتی مقدس جلوه می دهد. در چنین شرایطی معنویت می تواند مشابه یک سپر روانی عمل کند و امکان تجربه آرامش نسبی، پذیرش فقدان و بازسازی امید در دل بحرانی ترین لحظات زندگی والدین را فراهم آورد (۳۲، ۳۳).

ناامیدی از درمان: نتایج پژوهش حاضر نشان داد بخشی از تجربه های این والدین در فرایند اهداء عضو زمانی بود که متوجه می شدند اقدامات درمانی نتیجه ای ندارد. پژوهش van Oosterhout و همکاران (۳۴) نیز نشان داده شد وقتی متخصصان به خانواده اطمینان می دهند که بازگشت فرد آسیب دیده به زندگی غیرممکن است، خانواده ناامید می شوند و این ناامیدی فرایند اهداء عضو تسهیل می شود. در تبیین این یافته به نظر می رسد هنگامی که والدین به این آگاهی می رسند که تداوم درمان دیگر امکان بازگرداندن حیات را ندارد، فرایند روانی پذیرش آغاز می شود. این پذیرش اگرچه با ناامیدی همراه است، اما می تواند زمینه ای برای بازتعریف موقعیت فراهم کند؛ به این معنا که والدین به جای تمرکز بر درمان بی ثمر، معنای تازه ای برای مرگ فرزندشان جست و جو می کنند. اهداء عضو در این مرحله به عنوان راهی برای تبدیل فقدان به نوعی تداوم حیات در وجود دیگران درک می شود. از این منظر، ناامیدی نه صرفاً یک تجربه منفی، بلکه محرکی برای یافتن معنای جدید و اتخاذ تصمیمی سازنده است (۳۵).

ناامیدی سازنده می تواند برای والدین شفاف بخش باشد، به طوری که Erling و همکاران (۳۶) به این نتیجه رسیدند که پذیرش اجتناب ناپذیرها (مانند مرگ) در یک بستر حمایتی می تواند دگرگونی روانشناختی را امکان پذیر سازد و تعامل فرد با زندگی را بهبود بخشد.

نودوستی: نتایج پژوهش حاضر نشان داد اهداء عضو فرزند

احساس پشیمانی یا تعارض در آینده باشد (۴۰).

**انفاق و بخشش:** نتایج پژوهش حاضر نشان داد والدین مشارکت کننده در این پژوهش اهداء عضو را نوعی بخشش و کمک به دیگران می دانستند. این یافته با یافته های Sarti و همکاران (۲۸) همسو است که نشان می دهند والدین اهداء عضو را اقدامی معنادار و زندگی بخش برای دریافت کنندگان تلقی می کنند و کمک رسانی و نجات جان انسان ها بخش مهمی از روایت های مثبت آن ها را تشکیل می دهد. در تبیین این یافته می توان گفت طبق فرایند معنابخشی به فقدان (meaning-making in loss) مواجهه با مرگ فرزند، بحرانی ترین تجربه والدین است، اما در این میان، ادراک اهداء عضو به عنوان یک عمل خیرخواهانه و نوعی انفاق، می تواند به بازسازی معنای زندگی و کاهش احساس پوچی پس از فقدان کمک کند. والدین با تصور اینکه مرگ فرزندشان منجر به ادامه حیات دیگران شده است، رنج فقدان را در قالب «تبدیل درد شخصی به امید جمعی» تجربه می کنند. این سازوکار روانی نه تنها هیجانات منفی همچون گناه و بی عدالتی را تعدیل می کند، بلکه به والدین احساس افتخار و آرامش معنوی می دهد. به عبارت دیگر، نوع دوستی در اهداء عضو می تواند به عنوان سازوکاری مقابله ای در فرآیند سوگ عمل کند و موجب ارتقای تاب آوری والدین در مواجهه با فقدان شود (۳۷).

**آرمانی سازی:** نتایج پژوهش حاضر نشان داد والدین مشارکت کننده در پژوهش معتقد بودند که فرزندشان در درون شخص دیگری به زندگی خود ادامه می دهد و اهداء عضو وسیله ای برای تداوم وجود فرزندشان بوده است. این آرمانی سازی فرزند در پژوهش Lalegani و همکاران (۲۵) نیز به این شکل نشان داده شده که والدین چنان در مورد فرزندشان صحبت می کنند انگار که هنوز زنده است و تا ابد به حیات خود ادامه می دهد. در تبیین این یافته می توان گفت طبق مفهوم تداوم پیوند (continuing bonds) در نظریه های سوگ، والدین پس از فقدان فرزند، به جای قطع کامل ارتباط، راه هایی را برای حفظ پیوند روانی و عاطفی با او می یابند. اهداء عضو به آن ها این امکان را می دهد که حضور نمادین فرزند را در جهان ادامه دهند و مرگ او را کمتر به عنوان پایان مطلق تجربه کنند. این فرآیند آرمانی سازی، نوعی سازوکار دفاعی سازگارانه است که رنج ناشی از فقدان را تعدیل کرده و احساس افتخار و معنا را جایگزین حس پوچی و بی عدالتی می کند.

به این ترتیب، والدین با باور به تداوم وجود فرزندشان در بدن دیگران، نه تنها اندوه خود را مدیریت می کنند، بلکه از این تجربه به عنوان منبعی برای امید و تسکین بهره مند می شوند (۴۱).

**مختل شدن روند زندگی:** نتایج پژوهش حاضر نشان داد زندگی این والدین و خانواده های آن ها طی فرایند تصمیم گیری و پس از اهداء عضو فرزندشان دچار اختلال شد. Latifi و همکاران (۳۵) نشان دادند این والدین علی رغم این که از اهداء عضو فرزند خود رضایت داشتند اما با این موضوع نتوانستند کنار بیایند و اختلال تنش پس از سانحه را برای بلندمدت تجربه کردند. تلاقی اختلالات فردی با شیوه ارتباطات خانوادگی و زناشویی می تواند موقعیت های دشواری را ایجاد کند تا جایی که حتی به طلاق زوجین منجر شود. در تبیین این یافته می توان گفت والدین علاوه بر تجربه فقدان ناگهانی فرزند، با فشار تصمیم گیری حیاتی درباره اهداء عضو نیز مواجه می شوند. بنابراین، روان آن ها با دوگانگی شدیدی بین احساس نوع دوستی و اندوه از دست دادن فرزند درگیر می شود. این تضاد هیجانی، چرخه ای از تنش، احساس گناه، خستگی روانی و اختلال در عملکرد روزمره ایجاد می کند. علاوه بر این، نقش بازسازی هویت خانوادگی در این شرایط مهم است، زیرا اهداء عضو می تواند معنای جدیدی به فقدان بدهد، اما همزمان توازن عاطفی خانواده را مختل می کند و زمان بیشتری برای سازگاری روانی و اجتماعی طلب می کند (۴۲).

**فقدان فرهنگ سازی مناسب:** نتایج پژوهش حاضر نشان داد یکی از موانع اهداء عضو فرزند، باورهای فرهنگی و مذهبی است. ادراک خانواده از معنای مرگ و احساس آن ها در مورد اهداء عضو می تواند تابعی از باورهای فرهنگی باشد (۸). DeJong و همکاران (۴۳) نیز معتقدند باورهای فرهنگی بخشی از نظام ارزشی هر شخص است که به راحتی تغییر نمی کند. وقتی در یک فرهنگ یا خرده فرهنگ باور داشته باشند که بدن شخص باید به طور کامل دفن شود. در تبیین این یافته می توان گفت احتمالاً والدین با چنین باور فرهنگی در مواجهه با اهداء عضو مقاومت می کنند. طبق نظریه ناهماهنگی شناختی (Cognitive Dissonance Theory) والدین در موقعیت اهداء عضو در تعارض دو نظام ارزشی قرار می گیرند؛ از یک سو نوع دوستی و تمایل به کمک به دیگران و از سوی دیگر، باورهای فرهنگی که

### نتیجه گیری

یافته های این پژوهش ۱۲ جز تشکیل دهنده تجربه والدینی را نشان داد که بعد از مرگ مغزی فرزندشان، اعضای او را به افراد نیازمند اهداء کرده بودند. پیشنهاد می شود برای کاهش تردید، اضطراب و رفع باورهای نادرست درباره مرگ مغزی و اهدا عضو، برنامه های آموزشی و فرهنگ سازی گسترده ای در جامعه اجرا شود. عدم کنترل جنسیت و طیف وسیع سن فرزندی که دچار مرگ مغزی شده است و همچنین میزان تحصیلات مشارکت کنندگان از محدودیت های پژوهش حاضر بوده است. یکی دیگر از محدودیت های پژوهش این بود که بیشتر والدین مشارکت کننده در این پژوهش، پدران بودند و فقط تن از مادران در این پژوهش مشارکت داشتند.

### سیاسگزاری

پژوهش حاضر مستخرج از پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده خدیجه بخشی گنجه، به راهنمایی آقای دکتر ذبیح اله عباس پور در دانشگاه شهید چمران اهواز است که در کمیته اخلاق دانشگاه شهید چمران اهواز به شماره IR.SCU.REC.1402.004 مورخه ۱۴۰۲/۰۴/۰۷ مورد تایید قرار گرفته است. از همه مشارکت کنندگانی که با وجود تألمات زیاد در این پژوهش همکاری کردند سپاسگزاری می شود.

### تعارض منافع

نویسندگان پژوهش حاضر هیچ گونه تعارض منافی را ذکر نکرده اند.

ممکن است چنین اقدامی را محدود یا ممنوع بدانند. این تضاد سبب اضطراب، تردید و مقاومت می شود. افزون بر این، اعتقادات مذهبی نقش مهمی در معناسازی از مرگ ایفا می کنند؛ در نتیجه، هرگونه تصمیمی که به نظر ناسازگار با این چارچوب معنایی بیاید، می تواند به تهدید هویت دینی و فرهنگی والدین منجر شود (۴۴، ۲۷).

**هیجانان متناقض:** نتایج پژوهش حاضر نشان داد والدین در چنین موقعیتی هیجانان متناقضی را تجربه می کنند. Etheridge-Bagley (۴۵) در پژوهش خود نشان داد اعضای خانواده به دلیل دریافت اطلاعات و پیام های مختلف در چنین موقعیت پیچیده ای، دچار تناقض می شوند و از خود می پرسند که چرا این اتفاق افتاده است. یافته های Hoover و همکاران (۹) نیز نشان داد که والدین از این که چگونه اندام های فرزندشان بعد از اهدا عضو کار می کنند، احساس گنجی و سردرگمی دارند. در تبیین این یافته می توان گفت والدین در پذیرش عقلانی و پذیرش عاطفی این مساله احساس ناهمخوانی می کنند و آسیب را در درون خود احساس می کنند. آن ها با احساس خودسرزندی، ضعف، گناه و انکار در کشمکش هستند. طبق دیدگاه تنظیم هیجان (emotion regulation) (۴۶) وجود این هیجانان متناقض می تواند به والدین کمک کند تا به مرور از مسیر سوگ سازگار عبور کنند و به تعادلی نسبی در پذیرش فقدان دست یابند. تجربه هیجانان متناقض بخشی طبیعی و حتی سازگاران از فرآیند تصمیم گیری در شرایط بحرانی اهدا عضو است و می تواند فرصتی برای بازسازی معنا و یافتن آرامش نسبی در والدین فراهم کند (۲۷).

### References

1. Starr R, Tadi P, Pfliegerhaa N. Brain death. In Stat Pearls [Internet] 2024 Mar 21. Stat Pearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538159/>
2. Mostafavi K, Dezfoli MM, Jarrah N, Montazeri S, Mirbahaeddin SK, Hazrati M, Abdolmohammadi Y, Najafizadeh SJ. [Causes of family refusal for organ donation in brain-dead cases, a narrative review]. Koomesh. 2023;25(1):113-118. <https://brieflands.com/articles/koomesh-152808.pdf>
3. Lo CL, Chang HY, Lee GM. Evaluating organ donation decision in ICU patients' families by analytic network process approach. Journal of Healthcare Engineering. 2022;(1):9969604. <https://doi.org/10.1155/2022/9969604>
4. Baghi V, Dalvand S, Farajzadeh M, Nazari M, Gheshlagh RG. [Evaluation of knowledge and attitude towards organ donation among the residents of Sanandaj city, Iran]. Evaluation. 2017;4(1)1-7. <https://doi.org/10.21859/ijrn-04011>
5. Abbasi Z, Peyman A. [Brain death and organ donation in Iran]. Medical Law Journal. 2012;6(20):43-54. <https://ijmedicallaw.ir/article-1-33-en.html>
6. McLaughlin L, Mays N, Al-Haboubi M, Williams L, Bostock J, Boadu P, Noyes J.

- Potential donor family behaviors, experiences and decisions following implementation of the Organ Donation (Deemed Consent) Act 2019 in England: A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2025;1(86):103816. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2024.103816>
7. Madden S, Collett D, Walton P, Empson K, Forsythe J, Ingham A, Morgan K, Murphy P, Neuberger J, Gardiner D. The effect on consent rates for deceased organ donation in wales after the introduction of an opt-out system. *Anesthesia*. 2020;75(9):1146-1152. <https://doi.org/10.1111/anae.15055>
  8. Wešt R, Burr G. Why families deny consent to organ donation. *Australian Critical Care*. 2002; 15(1):27-32. [https://doi.org/10.1016/S1036-7314\(02\)80041-8](https://doi.org/10.1016/S1036-7314(02)80041-8)
  9. Hoover SM, Bratton SL, Roach E, Olson LM. Parental experiences and recommendations in donation after circulatory determination of death. *Pediatric Critical Care Medicine*. 2014;15(2):105-11. <https://doi.org/10.1097/PCC.0000000000000035>
  10. Hosseinrezaei H, Borhani F. [Psychological problems of family members of brain-dead organ donors: A qualitative study]. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences*. 2016; 5(2):148-57. [https://jqr1.kmu.ac.ir/article\\_90854.html](https://jqr1.kmu.ac.ir/article_90854.html)
  11. Gettis MA, Basu R, Welling S, Wall E, Dutreuil V, Calamaro CJ. Pediatric death and family organ donation: Bereavement support services in one pediatric health system. *Journal of Patient Experience*. 2024; 11:23743735241226987. <https://doi.org/10.1177/23743735241226987>
  12. Suttle ML, Jenkins TL, Tamburro RF. End-of-life and bereavement care in pediatric intensive care units. *Pediatric Clinics of North America*. 2017 18;64(5):1167. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2017.06.012>
  13. Kerstis B, Widarsson M. When life ceases—relatives' Experiences when a family member is confirmed brain dead and becomes a potential organ donor—a literature review. *SAGE Open Nursing*. 2020; 6:2377960820922031. <https://doi.org/10.1177/2377960820922031>
  14. Prescott J, Gardiner D, Hogg L, Harvey D. How the mode of organ donation affects family behavior at the time of organ donation? *Journal of the Intensive Care Society*. 2019;20(3):204-207. <https://doi.org/10.1177/17511437188078>
  15. Bellali T, Papadatou D. Parental grief following the brain death of a child: does consent or refusal to organ donation affect their grief? *Death Study*. 2006;30(10):883-917. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.09.006>
  16. Manzari ZS, Mohammadi E, Heydari A, Sharbaf HRA, Azizi MJM, Khaleghi E. Exploring families' experiences of an organ donation request after brain death. *Nurse Ethics*. 2012;19(5):654-65. <https://doi.org/10.1177/0969733011423410>
  17. Ahmadian S, Khaghanizadeh M, Khaleghi E, Zarghami MH, Ebadi A. Stressors experienced by the family members of brain-dead people during the process of organ donation: A qualitative study. *Death Study*. 2020;44(12):759-70. <https://doi.org/10.1080/07481187.2019.1609137>
  18. Wiener L, Rosenberg AR, Lichtenthal WG, Tager J, Weaver MS. Personalized and yet standardized: An informed approach to the integration of bereavement care in pediatric oncology settings. *Palliative & Supportive Care*. 2018;16(6):706-711. <https://doi.org/10.1017/S1478951517001249>
  19. de Groot J, van Hoek M, Hoedemaekers C, Hoitsma A, Schilderman H, Smeets W, Vernooij-Dassen M, van Leeuwen E. Request for organ donation without donor registration: A qualitative study of the perspectives of bereaved relatives. *BMC Medical Ethics*. 2016; 17:1-14. <https://doi.org/10.1186/s12910-016-0120-6>
  20. Meert KL, Templin TN, Michelson KN, Morrison WE, Hackbarth R, Custer JR, Schim SM, Briller SH, Thurston CS. The bereaved parent needs assessment: A new instrument to assess the needs of parents whose children died in the pediatric intensive care unit. *Critical Care Medicine*. 2012;40(11):3050-3057. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e31825fe164>
  21. Creswell John W, Creswell JD. *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. Los Angeles London New Dehli Singapore: Sage Publications. 2009. [https://www.ucg.ac.me/skladiste/blog\\_609332/objava\\_105202/fajlovi/Creswell.pdf](https://www.ucg.ac.me/skladiste/blog_609332/objava_105202/fajlovi/Creswell.pdf)
  22. Giorgi A. *The Descriptive Phenomenological Method in Psychology: A Modified Husserlian Approach*. Duquesne University press; 2009. <https://psycnet.apa.org/record/2009-17646-000>
  23. Guba EG, Lincoln YS. *Effective evaluation*:

- Improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches. *Jossey-Bass*; 1981. <https://gwern.net/doc/sociology/1981-guba-effectiveevaluation.pdf>
24. Mohsenpour M. [Evaluation of qualitative data]. *Beyhagh*. 2015;16(2):50-5. [https://beyhagh.medsab.ac.ir/article\\_642.html?lang=en](https://beyhagh.medsab.ac.ir/article_642.html?lang=en).
  25. Lalegani HA, Babaei S, Alimohammadi N, Yazdannik A, Sanei B, Ramezannezhad P. A critical ethnographic study of families of brain-dead patients: Their experiences and attitudes to organ donation. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2023;28(5):536-43. [https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr\\_267\\_22](https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_267_22)
  26. Sque M, Long T, Payne S. Organ and tissue donation: Exploring the needs of families. Trent Palliative Care Centre. The University of Sheffield. [https://www.researchgate.net/publication/277835652\\_Organ\\_and\\_Tissue\\_Donation\\_Exploring\\_the\\_Needs\\_of\\_Families#fullTextFileContent](https://www.researchgate.net/publication/277835652_Organ_and_Tissue_Donation_Exploring_the_Needs_of_Families#fullTextFileContent).
  27. Vincent BP, Sood V, Thanigachalam S, Cook E, Randhawa G. Barriers and facilitators towards deceased organ donation: A qualitative study among three major religious groups in Chandigarh, and Chennai, India. *Journal of Religion and Health*. 2024;63(6):4303-4322. <https://doi.org/10.1007/s10943-024-02148-8>.
  28. Sarti AJ, Sutherland S, Meade M, Shemie S, Landriault A, Vanderspank-Wright B, et al, Canadian Critical Care Trials Group. The experiences of family members of deceased organ donors and suggestions to improve the donation process: A qualitative study. *CMAJ (Canadian Medical Association Journal)*. 2022;194(30):1054-1061. <https://doi.org/10.1503/cmaj.220508>
  29. Irving MJ, Tong A, Jan S, Cass A, Rose J, Chadban S, Allen RD, Craig JC, Wong G, Howard K. Factors that influence the decision to be an organ donor: A systematic review of the qualitative literature. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 2012;27(6):2526-33. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfr683>.
  30. Rando TA. Anticipatory grief: The term is a misnomer but the phenomenon exists. *Journal of Palliative Care*. 2000;16(2):46-49. <https://psycnet.apa.org/record/1989-33618-001>
  31. O'Connor AM. Validation of a Decisional Conflict Scale. *Medical Decision Making*. 1995;15(1):25-30. <https://doi.org/10.1177/0272989X9501500105>
  32. Frankl VE. Man's search for meaning. Simon and Schuster. 1984. <https://antilogicalism.com/wp-content/uploads/2017/07/mans-search-for-meaning.pdf>
  33. Pargament KI. *The Psychology of Religion and Coping: Theory, Research, Practice*. Guilford press. 2001. <https://doi.org/10.1176/ajp.155.7.988>
  34. van Oosterhout SPC, van der Niet AG, Abdo WF, Boenink M, van Gorp JLP, Olthuis G. Family concerns in organ donor conversations: A qualitative embedded multiple-case study. *Critical Care*. 2024;28(1):434. <https://doi.org/10.1186/s13054-024-05198-2>
  35. Latifi M, Pourhosein E, Rahban H, Estebarsari F, Pourhossein M, Dehghani S. Exploring grief and acceptance: Experiences and needs of family members of deceased organ donors. *SAGE Open Medicine*. 2025, 21(13):1-10. <https://doi.org/10.1177/20503121251333973>.
  36. Erling I, Waltersson CA, Waern M, Tillfors M, Hed S, Wiktorsson S, Berg AI. Pathways to change in existential group treatment: Experiences from older adults with psychological distress in primary care. *BMC Geriatrics*. 2025; 25(1):504. <https://doi.org/10.1186/s12877-025-06157-4>
  37. Gillies J, Neimeyer RA. Loss, grief, and the search for significance: Toward a model of meaning reconstruction in bereavement. *Journal of Constructivist Psychology*. 2006;19(1):31-65. <https://doi.org/10.1080/10720530500311182>
  38. Luberda K. How modifiable factors influence parental decision-making about organ donation. *Nursing Children & Young People*. 2017;29(9):29-36. <https://doi.org/10.7748/ncyp.2017.e810>
  39. Stouder DB, Schmid A, Ross SS, Ross LG, Stocks L. Family, friends, and faith: How organ donor families heal. *Progress in Transplantation*. 2009;19(4):358-361. <https://doi.org/10.1177/152692480901900412>.
  40. Farsides T. Posthumous autonomy: Agency and consent in body donation. *Journal of Medical Ethics*. 2025;51(2):123-130. <https://doi.org/10.1080/09515089.2023.2197936>.
  41. Klass D, Silverman PR, Nickman S. *Continuing Bonds: New Understandings of Grief*. Taylor & Francis; 2014. file:///C:/Users/

- Hi/Downloads/10.4324\_9781315800790\_previewpdf-1.pdf
42. Worden JW. Grief Counseling and Grief Therapy: A Handbook for the Mental Health Practitioner. 5th edition. New York: Springer Publishing Company; 2018. file:///C:/Users/Hi/Downloads/02682628308657081-1.pdf
  43. DeJong W, Franz HG, Wolfe SM, Howard N. Requesting organ donation: An interview study of donor and no donor families. *American Journal of Critical Care*. 1998;7(1):13-23. <https://repository.library.georgetown.edu/handle/10822/758706>
  44. Papadatou D. Parental grief and decision-making about organ donation. *Pediatrics*. 2000;106(1):123-128. <https://doi.org/10.1542/peds.106.1.123>
  45. Etheridge-Bagley E. The lived experience of families who donate their Neonate's organs. Doctoral dissertation, Florida Atlantic University; 2023 <https://www.proquest.com/openview/5c2d290fe2e10efe93bb0b164bcc78ba/1?cbl=18750&diss=y&pq-origsite=gscholar>
  46. Gross JJ, Thompson RA. Emotion Regulation: Conceptual and Practical Issues. *Handbook of Emotion Regulation*, New York: Guilford Press; 2015. [https://www.researchgate.net/publication/285501515\\_Handbook\\_of\\_emotion\\_regulation](https://www.researchgate.net/publication/285501515_Handbook_of_emotion_regulation)