

مجله‌ی مراقبت‌های پیشگیرانه در پرستاری و مامایی  
دوره‌ی 6، شماره‌ی 1، بهار 95، صفحات 38 تا 51

## تبیین تجربیات دهندگان زنده پس از پیوند کبد: مطالعه‌ی کیفی توصیفی

قاسم بنیانی پودنک<sup>1</sup>، میترا پیامی بوساری<sup>2\*</sup>، فرخنده شریف<sup>3</sup>

\* نویسنده‌ی مسئول: زنجان، دانشگاه علوم پزشکی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت payami@zums.ac.ir

دریافت: 92/12/15 پذیرش: 95/02/15

### چکیده

زمینه و هدف: چالش اصلی در پیوند کبد، کمبود عضو اهدایی است. استفاده از دهندگان زنده جهت پیوند، راهکاری جدید می‌باشد. این مطالعه با هدف تبیین مفهوم اهدای کبد بر اساس تجربیات دهندگان زنده پیوند کبد انجام شد.

روش بررسی: مطالعه حاضر از نوع کیفی با رویکرد کیفی توصیفی است. مشارکت کنندگان 12 اهداء کننده زنده کبد با سابقه اهدای چهار روز تا 12 سال بودند که به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند. جهت گردآوری داده از روش مصاحبه عمیق و بدون ساختار و جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل محتوا و مقایسه مداوم استفاده شد.

یافته‌ها: تجزیه و تحلیل داده‌ها منجر به ظهور یک تم اصلی و پنج زیرطبقه شد که بیانگر معنای عمل پیوند کبد بر اساس تجارب اهداء کنندگان زنده بود. مشارکت کنندگان عمل اهدای کبد را "اقدامی حیات‌بخش و داوطلبانه دارای ابعاد مختلف مؤثر بر زندگی" توصیف کرده بودند. مشارکت کنندگان از بعد جسمی اهدای کبد را جراحی نسبتاً سخت با عوارض جسمی ناخوشایند پس از عمل و نیازمند تداوم مراقبت در منزل؛ از بعد عاطفی ترکیبی از عواطف مثبت و منفی در قالب امیدها، ترس‌ها و نگرانی‌ها؛ از بعد معنوی اقدامی انسانی، حیات‌بخش و زیبا؛ از بعد اجتماعی عملی داوطلبانه با وجهه اجتماعی و نیازمند حمایت خانواده و دولت؛ و از بعد اقتصادی عملی پر هزینه و زمان‌بر توصیف کرده بودند.

نتیجه‌گیری: دهندگان زنده کبد علی‌رغم تجربه مشکلات متعدد، اهدای کبد را اقدامی حیات‌بخش و داوطلبانه می‌دانند. اگر چه شدت عوارض جسمی در اکثریت این بیماران خفیف و در اغلب موارد مشارکت کنندگان به تدریج به وضعیت قبل از عمل بازگشته بودند لیکن توصیه این عمل نیازمند تحقیقات بیشتری است. همچنین علاوه بر بعد جسمی لازم است سایر ابعاد اهدای کبد مورد توجه پرستاران و سیستم‌های حمایتی قرار گیرد.

واژگان کلیدی: پیوند کبد، دهندگان زنده پیوند، مطالعه کیفی، ایران

### مقدمه

نشود پیوند کبد به عنوان تنها راهکار برای نجات بیمار انجام می‌شود (2). بسیاری از مراکز پیوند اعضاء علاوه بر پیوند کبد از جسد که با محدودیت‌ها و مشکلاتی از قبیل موانع فرهنگی، اعتقادی، محدود بودن عضو اهدایی از بیمار مرگ مغزی، کمبود مراکز انجام پیوند کبد، قرار گرفتن در لیست انتظار همراه است، مبادرت به پیوند کبد از فرد زنده نمودند (3،4). در ایران در سال‌های اخیر سالانه 30 تا 50 مورد از پیوندهای کبد در بیمارستان نمازی شیراز با استفاده از دهنده زنده انجام می‌شود (5).

کبد یک عضو حیاتی بدن محسوب می‌شود. عوامل متعددی مانند باکتری‌ها و ویروس‌ها، آنوکسی، اختلالات متابولیک، سموم و داروها، اختلالات تغذیه‌ای و وضعیت‌های حساسیت‌زا می‌توانند منجر به اختلال کارکرد سلول‌های کبدی و بروز بیماری کبدی به شکل حاد یا مزمن شوند. بیماری‌های مزمن کبد از جمله سیروز، دوازدهمین علت مرگ و میر در میان بزرگسالان جوان و میانسالان است (1). زمانی که بیماری‌های کبدی کاملاً پیشرفت کرده و هیچ درمان دیگری موفق واقع

1- کارشناس ارشد پرستاری مراقبت ویژه، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، ایران

2- دکتری پرستاری، دانشیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، ایران

3- دکتری پرستاری، استاد، دانشکده پرستاری و مامایی حضرت فاطمه (س)، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، ایران

دهندگان زنده کبد در دراز مدت و بررسی‌های اندک استاندارد در خصوص نگرانی‌های شایع این افراد بود و انجام مطالعات بیشتر جهت توسعه پروفایل جامع خطر برای دهندگان زنده کبد ضروری ذکر شده است (7). نتایج مطالعه کوسالوس و همکاران در آلمان با هدف ارزیابی کیفیت زندگی مربوط به سلامت دهندگان زنده کبد در 55 بیمار با استفاده از ابزار (SF-36: 36 item Health Survey) و مقایسه آن با کیفیت زندگی جمعیت مرجع آلمانی نشان داد که دهندگان زنده کبد از لحاظ کیفیت زندگی در حد جمعیت مرجع آلمانی و حتی بهتر بودند. اهداء کنندگانی که دچار عوارض بعد از عمل شده بودند از کیفیت زندگی پایین‌تری در حوزه فیزیکی، درد جسمی و عملکرد اجتماعی برخوردار بوده لیکن این موضوع روی کیفیت زندگی وابسته به سلامت، اثر منفی بر فرآیند اهداء نداشت علاوه بر این، گسترش عوارض پس از عمل و مرگ و میر گیرندگان تأثیر منفی بر کیفیت زندگی وابسته به سلامت اهداء کنندگان داشت (8). قابل ذکر است SF-36 یک پرسشنامه عمومی است و جهت بیماران اهداء کننده کبد غیراختصاصی محسوب می‌شود، همچنین پاسخ‌دهندگان را به گزینه‌هایی که در آن قرار دارد محدود می‌کند.

در ارتباط با پیوند کبد و دهندگان زنده پیوند پژوهش‌های کیفی بسیار اندکی انجام شده است. فورسبرگ (Forsberg) و همکاران (2004) در مطالعه‌ای با عنوان تجربه والدین دهنده کبد به فرزندان‌شان با هدف تبیین احساسات عمیق والدینی که بخشی از کبد خود را به فرزندان‌شان اهداء کرده بودند از روش پدیدار شناسی تفسیری و مصاحبه‌های عمیق با یازده دهنده کبد استفاده نمودند. سوال پژوهش با دید مراقبت جامع از دهندگان طرح شد. در نهایت این محققین به سه طبقه‌بندی رسیدند: نداشتن راه دیگر، مواجهه با ترس از مرگ و انتقال از سلامت به بیماری (2).

در مجموع نتایج تحقیقات انجام شده نشان می‌دهد هنوز ابعاد مختلف عوارض پیوند و مشکلاتی که اهداء کنندگان زنده بعد

از مزایای أخذ کبد از دهنده زنده نسبت به سایر روش‌های تهیه عضو جهت پیوند این است که، از دوره غالباً طولانی انتظار که در پیوندهای عضو از مرگ مغزی تجربه می‌شود، اجتناب می‌گردد (3). همچنین کم کردن زمان ایسکمی، انجام عمل به صورت اختیاری و غیر اورژانسی (4)، امکان غربالگری دهندگان، بهینه‌سازی زمان پیوند، افزایش بقای گیرندگان، پیشگیری از مرگ در لیست انتظار از جمله برتری‌های این روش است (6). در این روش شیوع عوارض صفراوی در گیرندگان پیوند کبد 15 تا 32 درصد و عروقی 10 درصد گزارش شده است (4).

نتایج مطالعات قبلی در خصوص عوارض اهدای کبد، حاکی از بی‌خطری برداشتن بخشی از کبد اهداء کنندگان زنده بود، لیکن مطالعات اخیر نشان دهنده این است که به طور متوسط، 10 هفته از کار افتادگی طبی، عوارض صفراوی در قریب به پنج درصد موارد، عوارض پس از عمل نظیر عفونت زخم، انسداد روده کوچک، فتق محل برش در 9 تا 19 درصد موارد و حتی مرگ در 0/2 تا 0/4 درصد از موارد وجود دارد (4). در ارتباط با کیفیت زندگی دهندگان زنده پیوند کبد مطالعاتی توسط پاریک (Parikh) و همکاران (2010) و کوسالوس (Kousoulas) و همکاران (2011) با رویکرد کمی انجام شده است (7، 8). نتایج مطالعه مروری پاریک و همکاران نشان داد که، کیفیت زندگی دهندگان نسبت به بزرگسالان گروه کنترل در همه حوزه‌های اندازه‌گیری کیفیت زندگی به طور قابل ملاحظه‌ای بهتر بود. در طی سه ماهه اول بعد از اهداء، حوزه‌های فیزیکی کیفیت زندگی به مراتب بدتر از سطوح قبل از عمل بود اما بازگشت به سطوح پایه در طی شش ماه در 80-90 درصد موارد اتفاق افتاده بود. حوزه‌های ذهنی کیفیت زندگی، در طول فرآیند اهداء بدون تغییر باقی مانده بود. مشکلات شایع بعد از عمل نفخ، از دست دادن تون عضلانی، تصویر بدنی ضعیف و خستگی بود. نتایج این مطالعه، حاکی از کمبود داده در خصوص کیفیت زندگی

قومیت‌نگاری و داستانی متفاوت هستند، با این حال ممکن است نماها، رنگ‌ها یا بافت‌های این رویکردها را داشته باشند. هر یک از مطالعات کیفی نیز می‌تواند ظاهر، معنا یا احساس دیگر مطالعات را داشته باشد. در این مطالعات، تحلیل محتوای کیفی استراتژی انتخابی جهت تحلیل داده محسوب می‌شود. تحلیل محتوای کیفی شکل پویایی از تحلیل داده‌های کلامی و مشاهده‌ای است که جهت‌گیری آن به سمت خلاصه‌سازی محتواهای اطلاعاتی آن داده‌ها در قالب کد می‌باشد (10). به عبارت دیگر تحلیل محتوایی کیفی کدها از خود داده‌ها استنتاج می‌شود. تحلیل محتوایی کیفی به نحوی بازتابی و تعاملی است چرا که محققین به طور مداوم نحوه برخوردشان با داده را اصلاح می‌کنند تا داده جدید جمع و بینش‌های نوتری نسبت به آنها پدیدار شود (9). در مطالعه کیفی توصیفی، دو نوع اعتبار یا درستی مطرح است. اعتبار توصیفی (Descriptive validity) و اعتبار تفسیری (Interpretive validity). منظور از اعتبار توصیفی این است که توصیفات باید به گونه‌ای باشند که همیشه به طور صحیح وقایع را به ترتیب مناسب آنها هدایت کند. معانی که مشارکت‌کنندگان به آن وقایع نسبت می‌دهند، نیز باید درست منتقل شود یا به تعبیری نتایج، اعتبار تفسیری نیز داشته باشند (11).

با توجه به توصیف عمل اهدای کبد بر اساس تجربیات دهندگان زنده، روش کیفی توصیفی روشی مناسب برای رسیدن به این توصیف می‌باشد. بنابراین این تحقیق با هدف توصیف اهدای کبد مبتنی بر تجربه دهندگان زنده با استفاده از روش کیفی توصیفی به منظور روشن‌سازی نگرانی‌ها، عواطف و احساسات، مشکلات و اثرات کوتاه مدت و دراز مدت و دیگر زوایای پدیده اهدای پیوند کبد به منظور پاسخ به سوال اصلی پژوهش مبنی بر "عمل اهدای کبد را چگونه توصیف می‌کنید؟" انجام خواهد شد.

از اهدای کبد تجربه می‌کنند، ناشناخته است و مشخص نیست معنای عمل پیوند با گذشت سنوات برای این افراد چگونه خواهد شد و این اهداءکنندگان پس از عمل چه وقایعی را تجربه می‌کنند (۷۸). همچنین علی‌رغم اینکه انجام این روش درمانی از سال‌ها قبل در نقاط مختلف جهان از جمله ایران شروع شده است، در رابطه با تجارب دهندگان زنده بعد از پیوند کبد تحقیقی چه به شکل کمی یا کیفی در ایران یافت نشد. به عبارت دیگر این پدیده در ایران ناشناخته است. لذا جهت مطالعه اهدای کبد از منظر اهداءکننده زنده، از روش کیفی با رویکرد کیفی توصیفی معرفی شده توسط ساندلیوفسکی (Sandelowski) در سال 2000 استفاده شده است. به زعم ساندلیوفسکی پژوهش‌های کیفی توصیفی از عقاید کلی جهان بینی طبیعت‌گرایانه برگرفته شده‌اند. در مطالعات طبیعت‌گرایانه، متغیرهای مطالعه از قبل انتخاب نشده و هیچ دستکاری در متغیرها صورت نمی‌گیرد و هیچگونه تعهدی نسبت به دیدگاه‌های نظری مربوط به پدیده مورد نظر نیست، لذا محقق پدیده مورد نظر را همان طور که هست معرفی می‌کند (9). این رویکرد جهت پاسخ به سوال "چه اتفاقی رخ داده است"، مورد استفاده قرار می‌گیرد و از طرف دیگر متضمن توصیفی مستقیم و به زبان روزمره از پدیده مورد نظر است. بنابراین نتیجه نهایی این مطالعه توصیفی از عمل اهدای کبد بر اساس تجربیات و به زبان دهندگان زنده پیوند کبد است. در مطالعات کیفی توصیفی، زبان یک وسیله ارتباطی است نه اینکه خود ساختاری تفسیری باشد که باید بازخوانی شود. مطالعات کیفی توصیفی، خلاصه‌ای جامع از یک واقعه را با واژه‌های روزمره در مورد آن ارائه می‌کنند. محققینی که این مطالعات را انجام می‌دهند نسبت به پژوهشگران گراندد، پدیدارشناسی یا قومیت‌نگاری به داده‌های خود و سطح کلمات و وقایع نزدیک‌ترند. اگر چه تحقیقات کیفی توصیفی با مطالعات پدیده‌شناسی، گراندد،

## روش بررسی

مطالعه حاضر از نوع کیفی با رویکرد کیفی-توصیفی است. مشارکت کنندگان 12 اهداء کننده زنده کبد با سابقه اهدای چهار روز تا 12 سال بود که با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. بعد از مصاحبه با هشت سابقه اهدای عضو، 1/5 ماه تا 12 سال کد جدیدی حاصل نشد با این حال با چهار نفر دیگر نیز مصاحبه ادامه پیدا کرد تا از عدم ایجاد کد جدید اطمینان حاصل گردد. از این تعداد هفت نفر زن و پنج نفر مرد که شش مادر، چهار پدر، یک برادر و یک مورد نیز زن عموی گیرنده بودند. در انتخاب این افراد به عنوان مشارکت کننده، معیارهای ورودی چون اهداء بخشی از کبد جهت پیوند، بزرگسال (سن بالاتر از 18 سال)، علاقه‌مند به مشارکت، اطلاع دهنده خوب، توانا در ارائه تجربیات اهداء کبد، قادر به گویش به زبان فارسی و حاضر به همکاری تا پایان تحقیق قرار داده شد. تفاوت‌هایی مثل جنسیت دهنده، نسبت با گیرنده، محل سکونت، زمان عمل، میزان عوارض، زنده یا فوت نمودن گیرنده در نظر گرفته شد تا بتوان داده‌هایی با ابعاد وسیع‌تری جهت توصیف عمل به دست آورد.

پس از گزینش مشارکت کننده، به صورت تلفنی و حضوری هم موضوع و اهداف برای ایشان تشریح و بازگو شد و هم رضایت آگاهانه شفاهی و کتبی أخذ گردید. مکان مصاحبه‌ها با هماهنگی با مشارکت کنندگان انتخاب شد. مکان مصاحبه در شش مورد منزل دهنده، پنج مورد بیمارستان نمازی و یک مورد نیز دانشکده پرستاری و مامایی زنجان بود. از مصاحبه بدون ساختار و ضبط آن با اجازه مشارکت کننده در این مطالعه استفاده شده است. مصاحبه با یک سوال کاملاً باز آغاز می‌شد: "بر اساس تجارب خود تعریف کنید بعد از عمل در طول بستری تا الان چگونه گذشت؟". در طول مصاحبه نیز محقق به منظور حفظ جریان اصلی مصاحبه، دستیابی به

اهداف پژوهش و کسب داده‌های غنی‌تر، سوالات هدایت کننده نیز از مشارکت کننده می‌پرسید. مدت مصاحبه بین 40 تا 70 دقیقه بود. در نهایت مصاحبه ضبط شده با دقت و به طور کامل پیاده‌سازی و مطالعه می‌شد.

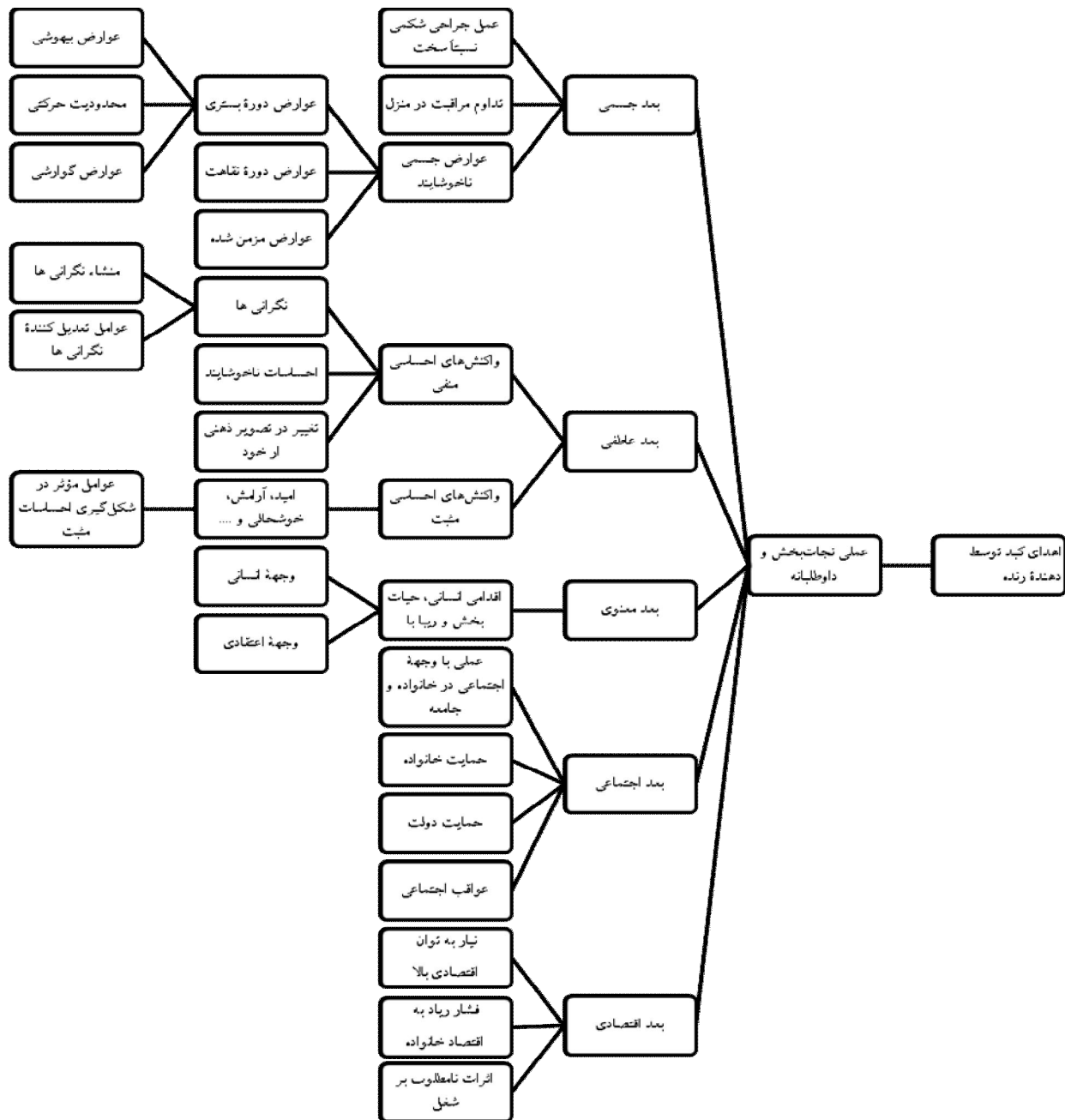
جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل محتوایی کیفی استفاده شده است. ابتدا محقق یک بار کل مصاحبه ضبط شده را شنیده و جمله به جمله به صورت نوشتاری ثبت نمود. در مرحله بعد زیر جملات و عبارات مهم مرتبط با اهدای کبد خط کشیده شد و واحدهای معنایی به شکل کد ثبت گردید. کدهای استخراج شده با یکدیگر مقایسه و در صورت شباهت در یک طبقه قرار داده شدند. از ادغام طبقات مشابه طبقات اصلی و نهایتاً تم‌های مطالعه ظهور یافت (9،12). این روند در مصاحبه های بعدی نیز تکرار گردید و کدهای ظاهر شده در هر مصاحبه با کدهای همان مصاحبه و مصاحبه قبلی مقایسه و در صورت تشابه در طبقات از قبل شکل گرفته و در صورت عدم شباهت در طبقه جدید قرار داده شد. در این مطالعه، انتخاب مشارکت کنندگان بر اساس نتایج تحلیل مصاحبه قبلی صورت گرفته است. به عبارت دیگر، ابتدا یک مصاحبه بررسی و داده‌ها و کدهای آن استخراج می‌شد و سپس مصاحبه بعدی انجام شده است.

در این مطالعه همچنین برای اطمینان از قابل اعتماد بودن تحلیل داده‌ها، پژوهشگر با مراجعه به مشارکت کنندگان توصیف جامع و نهایی یافته را چک و بررسی نهایی نمود. همچنین به منظور اطمینان از دقت مطالعه و صحت برداشت‌ها، متن مصاحبه جهت رسیدن به اعتبار توصیفی و تفسیری با مشارکت کنندگان چک شد و همچنین کدها و روند استخراج تم‌های اصلی و فرعی در اختیار دو نفر از استادان آشنا به مطالعات کیفی و یک استاد دیگر که تحقیقات کیفی بسیار انجام داده و هم پرستار بخش مراقبت از دهندگان و گیرندگان پیوند کبد بوده است، قرار داده شد.

**یافته‌ها**

اقدامی نجات‌بخش و داوطلبانه دارای ابعاد مختلف جسمی، عاطفی، معنوی، اجتماعی و اقتصادی مؤثر بر زندگی توصیف کرده بودند. (نمودار 1)

تجزیه و تحلیل داده‌ها منجر به ظهور یک تم اصلی و پنج تم فرعی شد که بیانگر معنای عمل پیوند کبد بر اساس تجارب اهداءکنندگان زنده بود. مشارکت کنندگان، اهدای کبد را



نمودار 1: الگوریتم تجربیات دهندگان زنده پیوند کبد

م4: "بلافاصله بعد از عمل، بیهوشی داشت از بدنم خارج می‌شد و درد بر من غلبه می‌کرد فشار درد برام سنگینی می‌کرد."

م5: "به علت داشتن لوله تخلیه ترشحات، آگه به پهلو می‌خوابیدم انگار یک سوزن می‌کردن به پهلو و محدودیت برام داشت."

تجارب مشارکت‌کنندگان پس از ترخیص از بیمارستان، حاکی از تداوم عوارضی بود که از دوره بستری ادامه یافته بود. این عوارض تحت عنوان عوارض دوره نقاهت طبقه‌بندی شدند. کدهای استخراج شده مربوط به این بخش عبارت بودند از: درد قابل تحمل، محدودیت حرکتی و کم‌خونی. تعداد معدودی از مشارکت‌کنندگان نیز مشکلاتی چون عفونت محل درن، زردی، نشت صفرا، استفراغ و بی‌اشتهایی را تجربه کرده بودند.

م2: "الان هم که دو ماهه عمل کردم باز هم یه ذره درد دارم ولی اون جوری نیست که قابل تحمل نباشه."

م1: "بالاخره برای کم‌خونی‌هایی که بعد از پیوند ایجاد می‌شه تو بدن آدم، قرص آهن می‌خورم."

گروهی از عوارض پس از طی دوره نقاهت رخ داده بود، یعنی پس از تقریباً دو ماه که به تدریج اهداءکننده به زندگی عادی خود باز می‌گشت. این گروه از عوارض منجر به ظهور طبقه‌ای تحت عنوان عوارض مزمن شده یا تأخیری شدند. مواردی که از تجارب مشارکت‌کنندگان استخراج شد عبارت بودند از: زردی، زخم اثنی‌عشر، سنگ کیسه صفرا، درد در محل لوله تخلیه ترشحات، بسته شدن مجاری صفراوی، تب و لرز شدید، تأخیر در بازسازی کبد.

م4: "سخت‌ترین مرحله برام موقعی بود که مجاری صفرا بسته شده بود؛ چون تب و لرز شدید داشتم."

م6: "دو سال بعد سونوگرافی که کردم گفتن هنوز کبدم بازسازی نشده."

1. بعد جسمی: یک جراحی نسبتاً سخت، نیازمند تداوم مراقبت در منزل، همراه با عوارض جسمی ناخوشایند بعد جسمی عمل اهدای کبد مبتنی بر ویژگی‌های جسمانی این عمل، شامل جراحی نسبتاً سخت، نیازمند تداوم مراقبت در منزل، همراه با عوارض جسمی ناخوشایند بود.

مشارکت‌کننده (م4) که از عمل اهدای کبد وی هفت ماه سپری شده بود و از زمان عمل دچار نشت صفرا شده بود اظهار داشت: "بعد عمل نمی‌توانستم بلند شم یا بشینم. برام خیلی سخت بود، دردش زیاد بود." همچنین مشارکت‌کنندگان در توصیف عمل اظهار داشتند بعد از عمل نیازمند مراقبت بودند:

م5: "روزای اول که رفتم خونه حالم بد بود و کسی باید ازم مراقبت می‌کرد."

م1: اظهار داشت: "بعد از عمل بیست روز مادرم در خانه از من مراقبت کرد."

یکی دیگر از طبقات مربوط به بعد جسمی، عوارض ناخوشایند جسمی بود که پس از مقایسه مداوم از ادغام سه زیر طبقه "عوارض ناخوشایند دوره بستری"، "عوارض ناخوشایند دوره نقاهت" و "عوارض مزمن شده یا تأخیری" ظهور یافت. همچنین بر اساس تجارب مشارکت‌کنندگان شدت و مدت عوارض در آنها متفاوت بود.

عوارض دوره بستری، در فاصله عمل تا زمان ترخیص اهداءکنندگان از بخش رخ داده بود و از ادغام سه طبقه فرعی حاصل شد که عبارت بود از: عوارض بیهوشی (درد، ضعف، گیجی، خواب‌آلودگی، سرگیجه، تهوع، استفراغ و عدم تعادل)، محدودیت حرکتی (مشکل در چرخش به پهلو به علت درن، سوزن سوزن شدن با تغییر وضعیت، بلند شدن، مشکل موقع راه رفتن، فعالیت، ورزش، نشست و برخاست و جا به جایی در تخت) و عوارض گوارشی (نفخ، تهوع، استفراغ و بی‌اشتهایی).

م8: "بهمن که عمل شدم خوب بودم تا اوایل اردیبهشت که کم کم داشتم زرد می شدم."

**2. بعد عاطفی:** امیدواری، نگرانی‌ها، احساسات و عدم پشیمانی از بعد عاطفی، اهدای کبد با عواطف منفی و مثبت در قالب واکنش‌های احساسی به شکل ترس‌ها، نگرانی‌ها و امیدها ظهور یافته بود. زیر طبقات عواطف منفی پس از این عمل مشتمل بر نگرانی‌ها (ترس‌ها)، احساسات ناخوشایند و تغییر تصویر ذهنی از خود بود. عمل اهدای کبد از نظر عاطفی نگرانی‌هایی را برای اهداءکننده ایجاد می‌کند.

نگرانی‌ها طبقه‌ای بود که از تجمیع زیر طبقات نگرانی از وضعیت سلامت خود (مشارکت‌کننده)، سلامت گیرنده و نیازهای فراموش شده مراقبتی سایر فرزندان و تأثیرات اظهار نظر منفی اعضای تیم درمان ظاهر شد.

زیر طبقه نگرانی‌های مربوط به سلامت اهداءکننده از تجمیع کدهای ترس از مرگ، ترس از زمین‌گیر شدن، ترس از کار افتادن کبد دهنده و ترس از اتاق عمل ظاهر گردید.

م6: "شرایطی داشتم که مرگ رو جلو چشمم دیده بودم."

م4: "می‌ترسیدم بعد عمل نتونم روی پای خودم وایسم. نتونم زندگی کنم."

منشأ دیگر نگرانی‌ها به سلامت گیرنده مربوط می‌شد. ترس از عدم بهبودی گیرنده و مرگ گیرنده پیوند، از جمله کدهای استخراج شده از مصاحبه‌های انجام شده بود.

م6: "از این که بچم از اتاق عمل بیرون نیاد خیلی نگرانم کرده بود."

نیازهای فراموش شده مراقبتی سایر فرزندان اهداءکننده، در مدت زمان انجام امور مربوط به اهداء و بعد از عمل نیز یکی دیگر از زیر طبقات مربوط به منشأ نگرانی برای مشارکت‌کنندگان بود. کدهای استخراج شده شامل نگرانی در مورد سایر فرزندان، مورد غفلت واقع شدن سایر فرزندان، ترس از یتیم شدن فرزندان و دوری از آنها در طول فرآیند اهداء بودند.

م4: "عملم باعث شد که به بچه دیگم، بچه بزرگم نرسم."  
م6: "دوری از بچه و خانوادم تحملم رو کم می‌کرد، چون اینا همه اصفهان بودن و من فقط شیراز بودم."

عملکرد تیم درمان در مواردی باعث ایجاد احساس ناخوشایند در فرد اهداءکننده بوده است. احساس ناراضی از عملکرد تیم درمان، بدبینی به ایشان در پی آگاه نکردن اهداءکننده از عوارض و بی‌فایده بودن اعتراض به آنها از این موارد هستند.  
م6: "به خاطر کاری که باهام کرده بودن ناراضی بودم آگه همون اول کاری که آخر کرده بودن می‌کردن من این قدر درد نمی‌کشیدم."

م4: "ترشحات کبدی بند نمی‌اومد. دکتر واقعا از ترشحات کبدم ناراحت بودند. براشون سخت بود یه دهنده این عوارضو پس بده. بعد خودمم احساسم این بود که دیگه شاید همین جور باشه و همین‌طور پیش بره."

از جمله احساسات ناخوشایند پس از عمل، می‌توان به تجربه مشارکت‌کننده ششم اشاره نمود. این مشارکت‌کننده پس از عمل و بازگشت به منزل و مواجه شدن با فرزند دیگر خود اظهار داشت:

م6: "مدتی که منو ندیده بود نمی‌شناختم پیشم نمی‌اومد. از دور که منو می‌دید گریه می‌کرد کنارم نمی‌اومد."  
نمونه‌ای دیگر از احساس ناخوشایند، اظهارات مشارکت‌کننده دهم بود که پدر اهداءکننده بیشتر نگران حال مشارکت‌کننده بود تا گیرنده (نوه یا فرزند مشارکت‌کننده).

همچنین مشارکت‌کنندگان به مواردی اشاره کرده بودند که در رفع یا کاهش نگرانی آنها موثر واقع شده بود و از تجمیع آنها طبقه‌ای تحت عنوان عوامل تعدیل‌کننده نگرانی شکل گرفت. کدهای استخراج شده در این بخش شامل برخورد صحیح تیم درمان، ملاقات با گیرنده پیوند، ملاقات با سایر اهداءکنندگان و پیامد عمل بود.

**3. بعد معنوی:** نوع دوستانه، حیات‌بخش و زیبا از بعد معنوی، مشارکت‌کنندگان عمل اهدای کبد را یک اقدام انسانی، حیات‌بخش و زیبا با وجهه انسانی و اعتقادی توصیف کردند. از تجمیع کدهای نوع دوستی، امید به خدا، توکل، ایمان و ایثار طبقه بعد معنوی عمل اهدای کبد ظهور یافت.

نوع دوستانه بودن عمل اهداء و کمک به نجات جان یک انسان اولین خصوصیت مهم و منحصر بفردی بود که کلیه مشارکت‌کنندگان به آن اشاره نموده و نقش اساسی این ویژگی را در تمام شرایط تجربه کرده بودند.

م3: همین که فکر می‌کنی چون یه نفرو نجات دادی، این خودش خیلی قشنگه؛ این باعث می‌شه که آدم دردشو اصلاً فراموش کنه.

وجه اعتقادی عمل اهدای کبد از منظر مشارکت‌کنندگان گویای امید، توکل، ایمان به مشیت الهی بود.

م10: "تولد دوباره هم برای بچه‌ها هم برای خودم دیدگاهم خیلی عوض شد. اعتقادات آنچنانی نداشتم. این عمل باعث شد من به سمت خدا برگردم."

م4: "من روز اول تو افاق عمل توکلم به خدا بود از دکترا فقط آیت الکرسی خواستم خدا هم واقعاً تو کارا بی نتیجه نداشت منو."

م8: "این که بچه‌ها زنده نموند به خواست خدا گذاشتم."

**4. بعد اجتماعی:** عملی داوطلبانه و دارای منزلت اجتماعی نیازمند حمایت اجتماعی توصیف شد.

داوطلبانه بودن عمل اهداء، دومین خصوصیت مهم و منحصر بفردی بود که کلیه مشارکت‌کنندگان به آن اشاره نمودند.

م7: "می‌خواستم به بچه‌ها کمک کنم. دوست داشتم بچه‌ها نجات پیدا کنه. خودم دوست داشتم این کار رو انجام بدم چون واقعاً می‌دونستم که یه نفر از مرگ نجات پیدا می‌کنه."

م9: "من خودم اسم این کار رو وظیفه می‌ذارم، پزشکای شیراز فداکاری می‌ذارن."

م5: "اگه بدونی برای چی می‌خوای این کار رو بکنی، خود به خود اون نگرانی یادت نمی‌مونه. وقتی به این فکر می‌کنی که برادرت می‌خواد خوب بشه، اینا یادت نمی‌مونه."

م1: "وقتی آدم، آدم‌های مریض رو می‌بینه؛ با اونها صحبت می‌کنه؛ عمل شده‌ها رو می‌بینه؛ عمل نشده‌ها رو می‌بینه؛ کلاً باهاشون صحبت می‌کنه؛ می‌بینه نه، همچین نگران کننده هم نیست."

تغییر تصویر ذهنی از خود هم از احساساتی بود که مشارکت‌کنندگان بعد از عمل تغییر آن را احساس و تجربه نموده بودند و هر یک به زبان خود آنرا این چنین بیان نمودند:

م1: "انگار آدم نصف میشه."

م7: "بعد از 6 ماه احساس می‌کردم اون خلایقی که توی شکمم، دیگه نیست."

احساسات مثبت پس از عمل شامل امیدواری، خوشحالی، آرامش، رضایت، عدم احساس تنهایی، آسودگی وجدان و عدم احساس پشیمانی بود.

م7: "اصلاً ناامید نبودن یکی از شرطای اصلی این کاره."

م2: "خوشحالم که این کار رو انجام دادم، بچه‌ها از اون وضع نجات پیدا کرد."

در شکل‌گیری تجربه احساس مثبت در مشارکت‌کنندگان چند عامل نقش داشت: روند بهبود دهنده و گیرنده بعد از پیوند، باورها و اعتقادات مذهبی و مزایای اجتماعی برای دهنده.

م5: "اگه یک راه‌حلی بود که این عوارض هم خوب می‌شد، کل سختی‌های عمل به راحتی فراموش می‌شد."

م1: "اصلاً من نگران نبودم؛ حقیقتش شوهرم هم می‌دونه فقط امید به خدا."

م5: "اصلاً فکرش رو نمی‌کردم (معافیت از سربازی) ولی حالا که شده خدا رو شکر. راضیم که شده خوشحالم."



اقتصاد خانواده، نیاز به هزینه زیاد، اثرات نامطلوب بر شغل و نیاز به توان اقتصادی بالا است که مشارکت‌کنندگان به آنها اشاره نمودند.

م 6: "خیلی زیاد؛ این کار پول زیادی می‌خواد."

م 7: "برای ما که اول زندگی مون بود هزینش خیلی زیاد و سنگین بود."

م 8: "یک ساله نتونستم کار کنم، اداره کار نرفتم."

### بحث و نتیجه گیری

بر اساس نتایج این مطالعه، اهدای کبد اقدامی حیات بخش و داوطلبانه با ابعاد جسمی، عاطفی، معنوی، اجتماعی و اقتصادی بود. نگرانی‌های عمده مشارکت‌کنندگان، نگرانی در مورد سلامت خود، سلامت‌گیرنده، ترس از یتیم شدن فرزندان، ترس از مرگ و معلولیت خود، تغییر در تصویر ذهنی از خود و تأمین هزینه‌های عمل بود. در تحقیق فورسبرگ (2004) اغلب مشارکت‌کنندگان نگرانی خود را ترس از مرگ، جراحی شدن و رویه‌های تشخیصی عنوان کرده بودند و تجربه ترس از مرگ یک تم اصلی در مطالعه وی بود (2). در مطالعه حاضر نیز ترس از مرگ و معلولیت اهداءکننده توسط تعدادی از مشارکت‌کنندگان ابراز شد، لیکن عمده‌ترین نگرانی که توسط همه مشارکت‌کنندگان مطالعه حاضر بیان شده بود ترس از مرگ گیرنده و ناموفق بودن عمل پیوند بود. به نظر می‌رسد تفاوت‌های فرهنگی و ارزشی ملیت‌های مختلف و وابستگی اعضای خانواده نسبت به یکدیگر در در جوامع مختلف، عامل تفاوت مشاهده شده باشند.

تبیین خطرات سلامتی تجربه شده توسط افراد اهداءکننده کبد از جمله یافته‌های مهم این مطالعه بود. با وجود چنین خطرات و عوارضی برگشت اکثر اهداءکنندگان به فعالیت عادی روزمره بعد از عمل بین چهار تا ده هفته به طول انجامیده بود. درد در ناحیه عمل عارضه‌ای بود که تمام اهداءکنندگان آنرا

مشارکت‌کنندگان اظهار داشتند اهدای کبد منجر به افزایش منزلت اجتماعی آنان شده بود.

م 1: "برادرم میگه تو مادر نمونه‌ای."

م 7: "بعد پیوند حتی خانواده‌هاشون (کادر پزشکی) می‌اومدن مارو میدیدن و برای من بیمار خیلی ارزش داره مادر پرستارم اومده دیدنم."

از آنجا که اهدای کبد از اهداء کننده زنده، عموماً توسط اعضای خانواده درجه یک صورت گرفته بود درگیری طولانی مدت اهداء کنندگان را به همراه داشت که منجر به ظهور زیر طبقه نیاز به حمایت اجتماعی شد. طبق تجارب شرکت‌کنندگان این زیر طبقه از تجمیع دو زیر طبقه فرعی حمایت خانواده و حمایت دولت ظاهر شد.

حمایت خانواده در حمایت‌های عاطفی، روحی و روانی و مراقبت جسمی در منزل نمودار می‌شود.

م 8: "بیش‌تر از همه همسرم بهم دلداری می‌داد می‌گفت حالا کاری که کردیم و خواست خدا بوده."

م 4: "خانوادم پرستاریم می‌کردند."

نیاز به حمایت دولت، بیشتر متوجه نیاز گیرنده بود که به علت ارتباط سببی اهداء کننده با گیرنده مطرح شده بود. اما به دلیل اینکه به طور غیرمستقیم بر تجربه اهداء کنندگان از این عمل و بر توصیف آن تأثیر دارد، و مشارکت‌کنندگان اغلب به آن اشاره نمودند، در اینجا ذکر می‌شود. اگر چه این عمل هم برای دهنده و هم گیرنده، رایگان انجام می‌شود اما جهت تهیه داروهای گیرنده حمایت اندکی صورت می‌گیرد و گیرنده جزء بیماری‌های خاص محسوب نمی‌شود.

**5. بعد اقتصادی:** هزینه زیاد، فشار به اقتصاد خانواده و اثرات نامطلوب بر شغل عاملی که هم قبل از عمل در تصمیم‌گیری برای پذیرش و انجام آن نقش مهمی دارد و هم پس از عمل بر روی تجربه اهداء کننده تأثیرگذاری فراوانی دارد، بعد اقتصادی می‌باشد. اهمیت این تم به عللی چون فشار زیاد به

البته برخی از عوارض همچون سنگ کیسه صفرا، بی‌حسی شکم یا عدم احساس حرکات جنین، فقط توسط تعداد معدودی از مشارکت‌کنندگان تجربه شده‌اند و از این منظر عوارض نادر محسوب می‌شوند. لیکن با توجه به محدود بودن تعداد مشارکت‌کنندگان در این مطالعه، برای اطمینان نیاز است که در یک مطالعه کمی شیوع این عوارض مورد بررسی قرار گیرد.

درد به عنوان عارضه عمومی این عمل، دیگر عارضه‌ای است که در پژوهش فورسبرگ (2004) هم به عنوان طولانی‌ترین خاطره از دهنده زنده کبد بودن مطرح شده بود (2). در مطالعه حاضر نیز همه مشارکت‌کنندگان تجربه درد را در دوران مختلف بعد از عمل اظهار کرده بودند، لیکن تجربیات مشارکت‌کنندگان از شدت و مدت زمان درد یکسان نبود. داوطلبانه بودن عمل جراحی و بعد معنوی عمل برای اهداءکنندگان، به عنوان عواملی که در تحمل درد بعد از عمل نقش داشتند توسط مشارکت‌کنندگان مطرح شده بود.

آنچه مشارکت‌کنندگان از عوارض تجربه شده بیان کردند نشان می‌دهد که، عوارض جسمی آن‌ها به ناتوانی دائمی و خطر مرگ یعنی عوارض درجه سه در درجه‌بندی کلاوین نرسیده است. غالب عوارض گزارش شده در حد درجه یک با عوارض کم‌خطر بوده‌اند و صرفاً یکی از مشارکت‌کنندگان با توجه به این که بعد از عمل نیاز به چند بار بستری و مداخله جراحی داشت، عوارض درجه دو را تجربه کرده بود.

از دیگر یافته‌های اصلی مطالعه فورسبرگ، انتقال از سلامتی به مرگ به عنوان یک تم اصلی بود که مشارکت‌کنندگان با اطلاع از عوارض عمل و حتی خود عمل مطرح کرده بودند و از آن به عنوان عجیب‌ترین پدیده در این عمل، یاد می‌کردند (2). در تجارب هیچ یک از مشارکت‌کنندگان مطالعه حاضر چنین کدی استخراج نشد.

امید به بهبودی عمده‌ترین احساسی بود که مشارکت‌کنندگان بعد از عمل تجربه کرده بودند. امید به برطرف شدن عوارض

تجربه کرده بودند. درد در روزهای اول پس از عمل برای اغلب آنها شدید ولی قابل تحمل عنوان شد که به تدریج از شدت آن کاسته می‌شد. البته اغلب مشارکت‌کنندگان اظهار داشتند که این درد حتی در ماهها و سال‌های پس از عمل نیز گهگاهی در محل جراحی شده احساس می‌کردند. عارضه نشت صفرا نیز در تعدادی از اهداءکنندگان بروز کرده بود. عوارض ناخوشایند جسمی دیگری که مشارکت‌کنندگان به آن اشاره داشتند شامل کم‌خونی، نفخ طولانی مدت، ریفلاکس معده به مری، زردی، عدم بازسازی کبد، سنگ صفرا، زخم اثنی عشر و احساس فشار در ناحیه معده می‌شد. در مطالعات متعددی که در سال‌های مختلفی هم به انجام رسیده بود، طیف وسیعی از عوارض برای دهنده‌گان زنده پیوند کبد ذکر شده است که عمده این عوارض شامل خونریزی، نشت صفرا، زخم دوازدهه، التهاب لوزالمعده، آسیب عروق کبدی، آبسه و فیستول صفراوی (Fistula)، نارسایی کبدی و کلیوی می‌شد (13). مقایسه نتایج مطالعه حاضر با مطالعات فوق از نظر بروز عوارض جسمی برای دهنده‌گان، نشان داد در این مطالعه نیز مشکلات مجرای صفراوی، آزاردهنده‌ترین عارضه پس از جراحی فرد اهداءکننده می‌باشد. برخی از عوارض که توسط مشارکت‌کنندگان این مطالعه تجربه شده بود، لیکن در پژوهش‌های قبلی ذکر نشده‌اند عبارت بودند از: ابتلاء به سنگ کیسه صفرا، ریفلاکس معده به مری، بی‌حسی در شکم، و عدم احساس حرکات جنین در مشارکت‌کننده‌ای که بعد از عمل اهداء تجربه بارداری داشت. قابل ذکر است عوارض فوق در طولانی مدت بروز نموده و برخی مزمین شده‌اند و مشارکت‌کنندگانی آن‌ها را مطرح کرده‌اند که از عمل آنها 1-12 سال گذشته بود. عدم اشاره به این عوارض در مطالعات قبلی می‌تواند به علت عدم پیگیری بیماران در این فاصله زمانی باشد. همچنین محتمل است عوارض یاد شده به عوامل دیگری ارتباط داشته باشند لیکن اهداءکنندگان آن را به عمل پیوند نسبت می‌دادند.

از مشارکت‌کنندگان پژوهش به جبر، نداشتن چاره‌دیگر یا حتی کم‌ترین کراهتی از این عمل اشاره نکردند. مشارکت‌کنندگان مطالعه حاضر این عمل را نوعی وظیفه، دین و اقدامی انسانی دوستانه و داوطلبانه می‌دانستند. در مطالعه گرین‌وود (Greenwood) در سال 2011 به مسئولیت اخلاقی در برابر دیگران اشاره شده است (18).

از محدودیت‌های مطالعه، مشکل دسترسی به کسانی بود که کبد خود را اهداء کرده بودند. قابل ذکر است اهداءکنندگان از نقاط مختلف ایران بوده و تا حد امکان سعی شد با عنایت به نمونه‌گیری هدفمند و بر اساس لیست موجود در مرکز پیوند با افراد واجد شرایط به منظور تکمیل کدها مصاحبه انجام شود. همچنین مشارکت‌کنندگان بعد از اهداء کبد به شهر محل سکونت خود برمی‌گشتند که دسترسی به آنها را محدود می‌کرد. لذا به علت عدم دسترسی به کل جامعه مورد نظر، با تعداد محدودی از آنها مصاحبه انجام شد. سعی بر آن بود تا حداکثر کدهای ممکن از تجربیات مشارکت‌کنندگان و اظهاراتشان استخراج و توصیفی جامع ارائه شود.

نتایج این مطالعه نشان داد دهندگان زنده کبد علی‌رغم تجربه مشکلات متعدد از ابعاد مختلف، اهداء کبد را اقدامی حیات بخش و داوطلبانه می‌دانند. به نظر می‌رسد اهمیت سلامت گیرندگان پیوند، سلامت دهنده زنده و فراهم‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی را تحت الشعاع قرار می‌دهد. لذا لازم است سلامت دهندگان زنده از بعد جسمی، بیشتر مورد توجه قرار گیرد. قابل ذکر است شدت عوارض جسمی در اکثریت این بیماران خفیف و در اغلب موارد مشارکت‌کنندگان به تدریج به وضعیت قبل از عمل بازگشته بود، لیکن توصیه این عمل نیازمند تحقیقات بیشتری است. با توجه به اهمیت سایر ابعاد اهداء عضو شامل ابعاد معنوی، عاطفی، اقتصادی و اجتماعی اهداء کبد لزوم توجه پرستاران و حمایت اهداءکنندگان از سوی سیستم‌های حمایت اجتماعی مورد نیاز می‌باشد.

بعد از عمل برای خود و مهم‌تر از آن، بهبودی و نجات‌گیرنده پیوند از مرگ. در نتایج مطالعه چوو (Chou) و همکاران (2008) در تایوان در خصوص تجربه مدت زمان انتظار خانواده دهنده کبد برای فرزند خود، یکی از تم‌های اصلی امید برای تولد دوباره ذکر شده بود (14). شایان ذکر است در مطالعه حاضر از بعد معنوی، مشارکت‌کنندگان عمل پیوند را تولدی دوباره و حیات بخش توصیف کرده بودند.

یکی از برجسته‌ترین نتایج مطالعه حاضر، ظهور بعد معنوی عمل اهداء کبد بر اساس تجارب مشارکت‌کنندگان بود. مشارکت‌کنندگان عمل اهداء کبد را یک اقدام انسانی، حیات بخش و زیبا وصف کرده بودند. به نظر می‌رسد این بعد در اهداء کبد بسیار برجسته‌تر و کارآمدتر از اهداء کلیه، به ویژه در اهداء کلیه از دهنده زنده غیر خویشاوند است؛ چرا که عمل اهداء کلیه می‌تواند از غیرخویشاوند هم باشد. خطرات برای اهداءکنندگان زنده کبد از اهداءکنندگان زنده کلیه، بیشتر و همان‌طور که کارفلت (Karrfelt) و همکاران (۲۰۰۳، ۲۰۰۰، ۱۹۹۸) در مطالعات متعددی نشان دادند، فرآیند تصمیم‌گیری و بهبودی پس از اهداء کلیه، برای والدین راحت‌تر و با مشکلات کمتری همراه است (15-17).

همچنین نتایج مطالعه حاضر نشان داد علاوه بر ابعاد جسمی، عاطفی و معنوی، عمل اهداء کبد عملی با بعد اجتماعی است. از این بعد مشارکت‌کنندگان عمل پیوند کبد را عملی داوطلبانه، دارای منزلت اجتماعی و نیازمند حمایت خانواده و دولت توصیف کردند.

در مقایسه با سایر تحقیقات مشابه، به نظر می‌رسد که داوطلبانه بودن عمل در ایران بسیار قوی و کارآمدتر از برخی کشورها بوده است. مثلاً فورسبرگ در تحقیق خود به «نبودن راه حل دیگر» به عنوان یک تم اصلی اشاره می‌کند و در عبارات مشارکت‌کنندگان آن نیز از تعبیری چون گذاشتن اسلحه بر روی سر به معنای نداشتن راهی دیگر و اجبار به پذیرش این عمل استفاده شده است (2). درحالی که هیچ یک

**تشکر و قدردانی**

وسیله از معاون محترم پژوهشی دانشگاه و دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی زنجان تشکر و قدردانی می‌گردد. همچنین از کلیه اهداء کنندگان کبد که در مراحل مختلف این مطالعه، فعالانه مشارکت داشته‌اند صمیمانه تقدیر و تشکر می‌نماید.

مقاله حاضر برگرفته شده از طرح پژوهشی پایان‌نامه کارشناسی ارشد، مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زنجان با کد اخلاق 10/90-154-02 است. کلیه هزینه‌های طرح توسط دانشگاه علوم پزشکی زنجان تأمین شده است. بدین

**منابع**

- 1- Hinkle JL, Cheever KH. Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing. Dehghan Nayeri N, asadi Noghabi A, Mosapour M. (Persian Translator). 13<sup>th</sup>ed. Tehran: JameeNegar Pub; 2014: 3-11.
- 2- Forsberg A, Nilsson M, Krantz M, Olausson M. The essence of living parental liver donation--donors' lived experiences of donation to their children. *Pediatr Transplant*. 2004; 8(4): 372-80.
- 3- Andersen DK, Billiar TR, Dunn DL, et al. *Schwartz principles of surgery*. 9<sup>th</sup>ed. New York: Mc Graw Hill; 2010.
- 4- Longo DL, Kasper DL, Jameson JL, Fauci AS, Hauser SL, Loscalzo J. *Harrisons principles of internal medicine*. 18<sup>th</sup>ed. New York: Mc Graw Hill; 2012.
- 5- Malek-Hosseini SA, Salahi H, Lahsai M, et al. The First Report of Liver Transplantation in IRAN. *Transplant proc*. 1999.
- 6- Cotler SJ. living Donor Liver Transplantation. [cited Feb 23 2016]. Available at: URL: <http://www.uptodate.com/contents/living-donor-liver-transplantation#H1>.
- 7- Parikh ND, Ladner D, Abecassis M, Butt Z. Quality of life for donors after living donor liver transplantation: a review of the literature. *Liver Transpl*. 2010; 16(12): 1352-58.
- 8- Kousoulas L, Emmanouilidis N, Klempnauer J, Lehner F. Living-donor liver transplantation: impact on donor's health-related quality of life. *Transplant Proc*. 2011; 43(10): 3584-87.
- 9- Sandelowski M. Focus on Research Methods: Whatever Happened to Qualitative Description? *Res Nurs Health*. 2000; 23(4): 334-40.
- 10- Vaismoradi M, Turunen H, Bondas T. Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nurs Health Sci*. 2013; 15(3): 398-405.
- 11- Maxwell JA. Understanding & validity in qualitative research. *Harvard Educ Rev*. 1992; 62(3): 279-99.
- 12- Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs*. 2008; 62(1): 107-15.
- 13- Dilip Ck. *Liver Transplantation*. 1<sup>st</sup>ed. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers; 2010.
- 14- Chou CY, Chen YC, Chen CL, Mu PF. Family experience of waiting for living donor liver transplantation: from parental donor perspective. *J Clin Nurs*. 2009; 18(12) : 1684-92.

- 
- 15- Kärrfelt HM, Berg UB, Lindblad FI. Renal transplantation in children: psychological and donation related aspects from the parental perspective. *Pediatr Transplant*. 2000; 4(4): 305-12.
- 16- Kärrfelt HM, Berg UB, Lindblad FI, Tydén GE. To be or not to be a living donor. Questionnaire to parents of children who have undergone renal transplantation. *Transplantation*. 1998; 65(7): 915-18.
- 17- Kärrfelt HM, Lindblad FI, Crafoord J, Berg UB. Renal transplantation: long-term adaptation and the children's own reflections. *Pediatr Transplant*. 2003; 7(1): 69-75.
- 18- Greenwood SER. The lived experience of living liver donors: a phenomenological study.[dissertation]. Toronto: Ryerson University. 2011: 1050.



***Exploring of Living Donors' Experiences Following Liver Transplantation:  
a qualitative descriptive study***

Bonyani Gh<sup>1</sup>, Payami Bousarri M<sup>2\*</sup>, Sharif F<sup>3</sup>

<sup>1</sup>MSc. Dept. of Critical Care Nursing, School of Nursing and Midwifery, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

<sup>2</sup>Ph.D, Dept. of Nursing, Associate Professor, Zanjan Social Dept. of Health Research Center, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

<sup>3</sup>Ph.D, Dept. of Nursing, Professor, school of Nursing & Midwifery, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

**\*Corresponding Author:** Associate Professor, Zanjan Social Dept. of Health Research Center, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

**Email:** payami@zums.ac.ir

**Received:** 6 March 2014      **Accepted:** 4 May 2016

**Background and Objectives:** The main challenge in liver transplantation is shortage of donor organs, and using living donor live transplantation (LDLT) has been considered as a new strategy. This study aimed to explore the concept of liver transplantation in living donors' experiences after donating.

**Materials and Methods:** A qualitative study with qualitative descriptive approach was conducted in 12 participants with 4 days to 12 years history of liver donation, who were selected using purposive sampling. Data was collected using unstructured in-depth interviews and was analyzed by content analysis and constant comparative analysis.

**Results:** One main theme and five sub themes emerged. Participants described liver donation as a "life-saving and voluntary action with different aspects influencing life". From physical and emotional aspects, the liver transplantation was described as "a relatively hard surgery with unpleasant physical consequences after surgery which is required a continued home care" and "A combination of positive and negative feelings including hope, fear and concern", respectively. The liver transplantation was identified as a humanitarian action, life-giving and beautiful, from the spiritual aspect. From the social dimension liver transplantation was explained as" a voluntary work with social prestige which needs the family and government support", and from the economic aspects it was identified as" an expensive and time-consuming procedure".

**Conclusion:** Although living donors have experienced numerous problems, donation was perceived as a voluntary lifesaving behavior. Even though, a low severity of physical complications, and gradual returning to previous healthy condition was reported by most of participants, further research is needed to recommend this operation. In addition to physical dimension, the other aspects of liver transplantation should be considered and supported by nurses and supportive organizations

**Key words:** liver transplant, living donor, qualitative study, Iran

**Please cite this article as follows:**

---

Bonyani Gh, Payami Bousarri M, Sharif F. Exploring of Living Donors' Experiences Following Liver Transplantation: a qualitative descriptive study. Preventive Care in Nursing and Midwifery Journal (PCNM); 2016: 6(1): 38-51.

---