

تحلیل جامعه شناختی اهدای عضو و بافت پس از مرگ مغزی در بین شهروندان تهرانی

دکتر محمد عبداللہی*

لیلا شکرایی فرد**

تاریخ دریافت: ۸۶/۶/۱۹

تاریخ پذیرش: ۸۶/۹/۲۵

چکیده

انتقال سلول بافت یا عضو زنده از یک فرد به فرد دیگر به نحوی که عملکرد آن محفوظ بماند، پیوند نام گرفته است. در حال حاضر فرآورده‌های پیوندی آلوگراف (انسانی) در درمان بسیاری از بیماری‌ها به عنوان بهترین و تنها راه ممکن انتخاب می‌شود. این نسوج و اعضا از افرادی برداشته می‌شود که مرگ مغزی آن‌ها از طرف پزشکان تایید شده باشد و برداشت نسوج و اعضا با وصیت و رضایت شخص (وصیت نامه قانونی، کارت اهدای عضو و آگاه کردن خانواده در زمان حیات) و یا رضایت وراث

* عضو هیأت علمی دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی.

** کارشناس ارشد جامعه‌شناسی دانشگاه علامه طباطبایی.

قانونی امکان‌پذیر می‌شود. پایین بودن میزان اهدای عضو با توجه به میزان بالای مرگ مغزی، از مشکلات و مسایل مهم ساماندهی پیوند اعضا و بافت در کشور به شمار می‌رود. فرایند اهدای عضو به عنوان یک کنش اجتماعی، تحت تأثیر عوامل گوناگون از جمله عوامل اجتماعی - فرهنگی است. بدون شناخت عوامل و موانع اهدای عضو، حل مسأله کمبود اعضای پیوندی امکان‌پذیر نمی‌شود. در همین راستا مطالعه حاضر به منظور تحلیل اجتماعی و فرهنگی اهدای عضو صورت گرفته است. برای رسیدن به هدف تحقیق، پس از بررسی دیدگاه‌های پزشکی، فقهی، حقوقی و جامعه‌شناختی و مرور منابع تجربی، یک چهارچوب مفهومی تلفیقی با تأکید بر تیوری کنش اجتماعی پارسنز تنظیم گردیده است و در قالب آن فرضیه‌های تحقیق مطرح شده است. بعد از تعریف مفاهیم و تهیه مقیاس‌های مناسب، اعتبار و پایایی آن‌ها مورد ارزیابی قرار گرفته و در نهایت، پرسشنامه‌ی تنظیم شده که از طریق رجوع به افراد نمونه تکمیل شده است. نمونه آماری، ۳۲۰ نفر از شهروندان مسلمان تهرانی ۱۵ سال به بالا است که شامل دو گروه اهدا کننده عضو و بافت (دارای کارت اهدای عضو) و غیر اهدا کننده است. توصیف و تحلیل داده‌ها در سه سطح انجام گرفته است. در سطح تحلیل یک متغیره، از آمار توصیفی (جداول یک بعدی و آماره‌های تلخیص کننده توزیع فراوانی) و در سطح تحلیل دو متغیره، از آمار استنباطی (جداول مقاطع و آزمون‌های مربوطه) و در تحلیل چند متغیره، از رگرسیون استفاده شده است. یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد که اهدای عضو با ویژگی‌های فردی (سن، جنس، میزان بهره مندی از سلامت جسمانی)، ویژگی‌های اجتماعی (پایگاه اجتماعی - اقتصادی) و همچنین ویژگی‌های فرهنگی (میزان آگاهی‌ها و میزان تحصیلات) به عنوان ورودی‌های نظام شخصیت و میزان رشد نظام شخصیتی (عام‌گرا - خاص‌گرا) و همچنین نوع نگرش نسبت به اهدا و میزان اعتماد به عنوان خروجی‌های نظام شخصیتی رابطه دارد؛ به طوری که با افزایش میزان تحصیلات، میزان آگاهی‌ها درباره موضوع، عام‌گرایی، اعتماد و نگرش مثبت به اهدای عضو، اقدام به اهدای عضو افزایش می‌یابد و بر عکس با افزایش میزان بهره مندی از سلامت جسمانی، سن و پایگاه اجتماعی اهدای عضو کاهش می‌یابد. همچنین یافته‌های حاصل از تحلیل رگرسیون نشان می‌دهد که اعتماد به حرفه پزشکی و

عام‌گرایی، بیشترین سهم را در تبیین اهدای عضو به ترتیب قرار گرفتن در مدل رگرسیون دارا می‌باشد. گفتنی است که سایر متغیرها نظیر میزان سن، میزان بهره‌مندی از سلامت جسمانی، نگرش، جنس و پایگاه اجتماعی - اقتصادی، به ترتیب میزان تأثیرگذاری، در درجات بعدی اهمیت قرار می‌گیرند.

واژه‌های کلیدی: اهدای عضو، مرگ مغزی، نوع نگرش به اهدای عضو، اعتماد اجتماعی، عام‌گرایی، وضعیت سلامت جسمانی.

مقدمه

اهدای عضو و بافت، پس از مرگ مغزی، موضوع اصلی مورد توجه در پژوهش حاضر است. اهدای عضو و بافت، نوعی کنش اجتماعی است که بر اساس تصمیم و رضایت فرد در زمان حیات وی و همچنین براساس رضایت خانواده وی در زمان مرگ مغزی به خارج کردن اعضا و بافت‌ها از فرد مرگ مغزی و با بخشیدن آن به یک فرد نیازمند، تحقق می‌پذیرد. هدف این پژوهش، توصیف و تحلیل جامعه‌شناختی اهدای عضو و ارزیابی راهبردهایی در جهت تسهیل آن در ایران است.

مهمترین مسأله در بررسی پیوند اعضا، نحوه فراهم آوری اعضای پیوندی است. یکی از راه‌های تعمیم اعضای حیاتی برای بیماران نیازمند، استفاده از اعضای سالم مبتلایان به مرگ مغزی است. زیرا این دسته از بیماران علی‌رغم از دست دادن اعمال حیاتی، دارای جریان خون متعادل در اندام‌های خود مانند کبد، ریه‌ها، قلب، پانکراس و سایر اعضای مشابه هستند که می‌توان این اعضا را در اختیار بیماران نیازمند قرار داد.

در کشور ما نیز مانند بسیاری از کشورهای جهان، پیوند اعضا، مقوله‌ای جدید و به روز در حوزه علوم پزشکی است. اما استفاده از اعضای افراد دچار مرگ مغزی نتوانسته علی‌رغم تلاش‌های فراوان دست‌اندرکاران، صورتی عادی به خود گیرد. زیرا پیوند یک عضو جدید در بدن انسان که توأم با قطع آن از بدن انسان دیگر است با مسائل مختلف و پیچیده‌ای مرتبط است. موضوع پیوند و اهدای اعضا به قدری متأثر از حوزه‌های مختلف فرهنگ، مذهب، اخلاق، حقوق، اقتصاد و ... است که تحقیق و بررسی در زمینه‌های گوناگون را امری اجتناب‌ناپذیر ساخته است. تعامل متقابل این حوزه‌ها، پژوهشگران را به مطالعات بین رشته‌ای در این

زمینه علاقه‌مند نموده است.

ضرورت‌های انجام پژوهش درباره اهدای عضو در ایران از جهات علمی و اجتماعی، قابل توجیه است. در بعد علمی، شناخت موانع اهدای عضو، به ویژه موانع فکری، فرهنگی و اجتماعی، امری بسیار ضروری است. در بعد اجتماعی نیز با مساله مرگ و میر و نیاز مبرم بیماران به پیوند عضو روبه‌رو هستیم که نتایج این گونه تحقیقات می‌تواند برای تسهیل روند پدیده اهدای عضو در جامعه و رفع موانع اجتماعی آن مورد استفاده قرار گیرد. علاوه بر این، گسترش فرهنگ پیوند اعضا از افراد دچار مرگ مغزی و جای‌گیری این باور که مرگ مغزی در واقع همان مرگ به مفهوم عام آن است، افزایش اعتماد مردم به نظام پزشکی و قبول تشخیص مرگ مغزی توسط خانواده‌های مرتبط در وهله اول منجر به عدم استفاده غیر ضروری از تخت‌های I.C.U می‌شود و بنابراین با توجه به محدودیت‌های موجود ملی در زمینه تعیین این تخت‌ها و مراقبت‌های پیچیده و گران، می‌توان امکان استفاده بهینه و مؤثری را برای سایر افراد نیازمند به وجود آورد. از طرف دیگر، با استفاده از اعضای اهدایی پیوندی، بازگشت به زندگی بیماران مختلف، ممکن می‌شود و امید به زندگی افزایش می‌یابد.

بر اساس مطالب بیان شده، توجه به مقوله اهدای عضو می‌تواند به عنوان یکی از نیازهای بهداشتی و درمانی کشور مطرح شود. در حال حاضر از نظر شرعی و قانونی، منعی در مسیر توسعه اهدای پیوند اعضا وجود ندارد و احتمالاً مهمترین مانع در این حوزه، توسعه نیافتگی فرهنگ اهدای عضو در میان مردم جامعه است. بنابراین با انجام پژوهش‌هایی که ابعاد مختلف این موضوع را مورد بررسی قرار می‌دهند، می‌توان راه کارهای ایجاد زمینه‌های فرهنگ اهدای عضو را به وجود آورد و افکار عمومی جامعه را برای پذیرش این امر آماده نمود.

۱- مبانی نظری - تجربی و روش شناسی

۱-۱- مرور دیدگاه‌های نظری

پیوند اعضا به عنوان پدیده‌ای نو ظهور، دارای ابعاد گسترده و پیچیده‌ای است. که از دیدگاه‌های متفاوت پزشکی، فقهی، حقوقی، روان‌شناختی، اخلاقی و جامعه‌شناختی، مورد توجه قرار گرفته است.

۱-۱-۱- دیدگاه زیستی مورد توجه در علم پزشکی

انتقال سلول، بافت یا عضو زنده از یک فرد به فرد دیگر به نحوی که عملکرد آن محفوظ بماند، پیوند نام گرفته است (لاریجانی، ۱۳۸۲: ۷۶). پیوند عضو براساس معیارهای متفاوتی دسته بندی می شود. زنده یا مرده بودن دهنده عضو، ارتباط ژنتیکی بین فرد دهنده و گیرنده، قابل ترمیم بودن یا نبودن عضو اهدایی و تعریف مرگ، از عمده ترین و مهمترین معیارهای این دسته بندی به شمار می آیند (لاریجانی، ۱۳۷۸: ۱۳۰).

پیوند از جسد، به عنوان یکی از مهم ترین و اصلی ترین منابع تأمین عضو مطرح است. ارجحیت این روش براین اساس استوار است که نیاز فرد با استفاده از اعضای تامین می شود که سرنوشتی جز از بین رفتن ندارند. بنابراین، کاربرد آن ها در جهت سلامت دیگران، نوعی بازیافت منابع است و برداریافت عضو از فرد زنده، ارجحیت دارد؛ به خصوص که بسیاری از اعضا، قابل دریافت از فرد زنده نیستند و منبع منحصر به فرد آن ها جسد است. یکی از مهمترین مسائلی که پیرامون پیوند از دهنده مرده وجود دارد، روش های کسب رضایت است. رضایت می تواند به سه شیوه اخذ شود. اول، رضایت آگاهانه (opt-in) که در زمان حیات اخذ می شود و یا فرد دارای کارت اهدای عضو است. ممکن است اطلاع از این نوع رضایت، بصورت وصیت کتبی و شفاهی به بستگان یا ثبت در کارت گواهی نامه راندگی باشد. دوم، رضایت فرض شده (opt-out) که موافقت هر فرد فوت شده برای اهدای عضو، رضایت کسب شده تلقی می شود، مگر آنکه خود وی قبلاً یا آن مخالفت کرده باشد و یا خانواده وی در حال حاضر اهدای عضو را قبول نکنند که در این صورت پرسنل بیمارستان مجاز خواهند بود بدون آنکه نظر بازماندگان متوفی را پرس و جو کنند، از اعضای وی برای پیوند استفاده کنند. سومین روش، پرسش ضروری است که در این شیوه، پزشکان بیمارستان از نظر قانونی مسئولیت دارند از وراثت و اولیای قانونی متوفی در مورد تمایل به اهدای اعضای جسد، پرسش نمایند (لاریجانی، ۱۳۸۲: ۲۶۹-۲۷۲).

افزایش نیاز به اعضای پیوندی، موجب به وجود آمدن رویکردها و شیوه های متفاوت در کشورهای مختلف جهان در زمینه فراهم آوری اعضای پیوندی شده است. نظام های فراهم آوری اعضای پیوندی هر یک دارای مزیت های ویژه ای هستند و تفاوت های آن ها در عملکرد و نرخ اهدا، ناشی از تفاوت های فرهنگی و ساختاری است (کاظمینی، ۲۰۰۴: ۱۵۷). شیوه اخذ

رضایت، یکی از اساسی‌ترین موضوعات متمایزکننده شبکه‌های فراهم‌آوری در کشورهای مختلف است. در بررسی‌های به عمل آمده مشخص شده است که اهدای اعضا در کشورهای با رضایت مفروض تقریباً ۱۵ درصد آسان‌تر است. شیوه‌های کسب رضایت حتی در کشورهای دارای قانون و سازمان ملی مشترک مرتبط با اهدای عضو، متفاوت است (کاظمینی و حیدری، ۱۳۸۳: ۱۷).

۱-۱-۲- دیدگاه فقهی

پرسش‌ها و مسائل مختلفی در عرصه فقه، فرآوری عالمان دینی قرار گرفته است که بررسی جنبه‌های شرعی عمل پیوند را از ابعاد گوناگون گریزناپذیر ساخته است. از این‌رو، محققان و پژوهشگران امور و مسائل اسلامی و نیز بسیاری از پزشکان دست‌اندرکار پیوند و سیستم اجرایی پزشکی کشور، تلاش بسیاری در جهت روشن ساختن نظرات فقهی و همچنین هموار ساختن مسیر رشد پیوند نموده‌اند.

به طور کلی در دین اسلام، اصل مسأله پیوند اعضا با هدف نجات جان انسان‌ها و درمان بیماری‌های صعب‌العلاج، امری جایز و حتی واجب است. اما از آنجا که اولاً پیوند عضو، نیازمند برداشت و قطع عضو از بدن افراد زنده و یا متوفی و یا شخص دچار مرگ مغزی است و این امر به معنای تصرف در تمامیت جسمانی آن‌ها است و ثانیاً، از جهت شرعی، احکام خاص دیگری در رابطه با حرمت اضرار به نفس و حرمت جداسازی اعضاء میت و موارد دیگر وجود دارد، نتیجه کلی حاصل از بررسی نظرات فقهی علمای شیعی، بیانگر مجاز بودن قطع عضو از بدن انسان زنده برای پیوند به خود و دیگری به شرط اهلیت رضایت‌دهنده عضو و عدم تهیه عضو از سایر منابع دیگر و با هدف عاقلانه و بدون پیامدهای از کار افتادگی کلی و مرگ‌دهنده است. همچنین، استفاده از اعضای بیماران فوت شده و یا دچار مرگ مغزی، به شرط وصیت بیمار یا موافقت ولی میت، جهت پیوند به بیمارانی که ادامه حیاتشان به پیوند عضو بستگی داشته باشد، مجاز است و خرید و فروش (به معنای معاوضه و مصالحه و رفع ید) اعضای پیوندی انسان نیز جایز است، ولی ترجیحاً این عمل اگر به صورت احسان در برابر احسان باشد، بسیار پسندیده است (امام خمینی، ۱۳۸۳؛ خامنه‌ای، ۱۳۸۲؛ لنگرانی، ۱۳۷۵؛ سیستانی، ۱۳۸۴؛ مکارم شیرازی، ۱۳۸۴؛ صانعی، ۱۳۸۳).

۳-۱-۱- دیدگاه حقوقی

پیوند عضو در ایران در سال ۱۳۱۴ با پیوند قرنیه آغاز شد. اولین پیوند کلیه هم در سال ۱۳۴۶ در شیراز انجام گرفت و در فاصله زمانی ۱۳۴۶-۵۷ حدود یکصد پیوند کلیه انجام شد. در سال‌های اول انقلاب، روند پیوند عضو متوقف شد، ولی متعاقب جنگ تحمیلی و هزینه‌های هنگفت برنامه همودیالیز و تحریم‌های مختلف، مقدمات رشد پیوند کلیه به وجود آمد و بین سال‌های ۱۳۶۴-۱۳۶۹ حدود ۱۳۰۰ مورد پیوند کلیه در ایران انجام شد که اکثراً از منابع زنده بوده است (لاریجانی، ۱۳۸۲: ۶۸). پس از آن پیوند قلب و قرنیه نیز گسترش یافته و در طی این سال‌ها هیچگونه قانون مشخصی در خصوص پیوند اعضا در ایران وجود نداشت و قانون‌گذار در این مورد سکوت کرده بود.

با توجه به گسترش پیوند و بروز مسائل اجتناب‌ناپذیر حقوقی آن، مشکلات فراوانی متوجه مردم و نظام پزشکی و دستگاه قضایی گردید. این امر دست اندرکاران امور بهداشتی را در مسیر ارایه راه‌کاری قانونی قرار داد. در سال ۱۳۷۲، لایحه اجازه پیوند اعضای بدن فوت‌شدگان در موارد خاص تقدیم مجلس شد که با توجه به ابهامات فراوان و شبهه صدور مجوز قانونی برای کشتن بیماران و مشخص نبودن تعریفی از مرگ مغزی و عدم ارایه گزارش‌های کارشناسی لازم به نمایندگان، تصویب نشد. در سال ۱۳۷۴ نیز این لایحه مجدداً به مجلس ارائه و از دستور کار مجلس خارج گردیده تا این که مجدداً در سال ۱۳۷۹ این قانون در مجلس ششم مطرح و به صورت ماده واحده تصویب شد که متن آن بدین شرح است:

ماده واحده: بیمارستان‌های مجهز برای پیوند اعضا پس از کسب اجازه کتبی از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، می‌توانند از اعضای سالم بیماران فوت شده یا بیمارانی که مرگ مغزی آنان بر طبق نظر کارشناسان خبره مسلم باشد، به شرط وصیت بیمار و یا موافقت ولی میت جهت پیوند به بیمارانی که ادامه حیاتشان به پیوند عضو یا اعضای فوق بستگی دارد استفاده نمایند.

تبصره ۱- تشخیص مرگ مغزی توسط کارشناسان خبره در بیمارستان‌های مجهز دانشگاه‌های دولتی صورت می‌گیرد، این کارشناسان با حکم وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به مدت چهار سال منصوب می‌شوند.

تبصره ۲- اعضای تیم‌های تشخیص مرگ مغزی نبایستی عضویت تیم‌های پیوندکننده را

داشته باشند.

تبصره ۳- پزشکان تیم از جهت جراحات وارده بر میت مشمول دیه نخواهند گردید. آیین‌نامه اجرایی این قانون به وسیله وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و نماینده قوه قضاییه با هماهنگی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران و بنیاد امور بیماری‌های خاص ظرف سه ماه از تاریخ ابلاغ این قانون تهیه و به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید. ولی آیین‌نامه اجرایی آن با تأخیری نزدیک به دو سال (علی‌رغم تأکید قانون‌گذار بر سه ماه پس از ابلاغ) در ۱۳۸۱/۲/۲۵ در هیأت دولت به تصویب رسید و پیرو آن، پیوند اعضای بیماران فوت شده و مرگ مغزی آغاز گردید.

۴-۱-۱- دیدگاه‌های جامعه شناختی

در دیدگاه‌های جامعه شناختی می‌توان برای اهدای عضو به عنوان یک پدیده اجتماعی دو بعد ذهنی و عینی یا گرایش و کنشی، قائل شد. منظور از وجه ذهنی، تمایلات و گرایش‌های فرد در جهت اهدای عضو است که به صورت عینی، قابل بررسی و مطالعه است و مراد از رفتار، همان کنش یا عمل اهدای عضو است. پدیده اهدای عضو را می‌توان از دیدگاه‌های متفاوت مورد بررسی قرار داد. در اینجا سعی خواهد شد با مرور دیدگاه‌های مرتبط با این پدیده، چارچوب نظری مناسبی طراحی شود.

دیدگاه‌های جامعه شناسی خود را از لحاظ مبین اصلی مورد توجه در تحلیل پدیده‌ها می‌توان به دو دسته ارگانیسم‌گرا و نمادگرا تقسیم نمود. دسته اول یا دیدگاه‌های ارگانیسم‌گرا، رفتار قابل مشاهده انسان را در ارتباط با عوامل زیستی - روانی، نظیر احساس، انگیزه و تمایلات انسان تحلیل می‌کنند و دسته دوم یا دیدگاه‌های نمادگرا، در تحلیل کنش اجتماعی افراد، بیشتر روی عوامل ذهنی - نمادین از جمله باورها، ارزش‌ها، گرایش‌ها و ویژگی‌های شخصیتی آنان تأکید می‌نمایند. دیدگاه‌های دسته دوم، بیانگر افکار و نظریه‌های طیف وسیعی از صاحب‌نظران کلاسیک و معاصرند. در این دیدگاه‌ها، فرد کنشگر، موجودی نسبتاً آگاه، مختار، فعال و سازنده کنش‌های اجتماعی خود است، کنش‌هایی که دارای معنی ذهنی‌اند و از روی اراده یا قصد و نیت قبلی صورت می‌گیرند. به همین دلیل، در تحلیل کنش‌ها باید به ویژگی‌های ذهنی و جهان نمادین کنشگران، یعنی باورها، ارزش‌ها و گرایش‌های آنان توجه

شود (عبداللهی، ۱۳۸۳: ۶۸-۶۷).

ویر از جمله صاحب نظرانی است که به دسته دوم تعلق دارد. به نظر او، کنش اجتماعی، آن رفتار انسانی است که دارای معانی ذهنی خاص باشد، همچنین شخص، عامل رفتار دیگران را نیز در معانی ذهنی خویش منظور کند و رفتار خویش را با توجه به آن، جهت دهد (ویر، ۱۳۷۴: ۳). در نظریه ویر، کنش‌ها به چهار نوع متمایز تقسیم می‌شوند: الف- کنش عقلانی معطوف به هدف: کنشی است که در آن فاعل کنش هدفی روشن را در نظر دارد و همه وسایل را برای رسیدن به آن با هم به کار می‌گیرد. ب- رفتار عقلانی معطوف به ارزش: کنشی است که از باور آگاهانه به یک ارزش سرچشمه می‌گیرد. ج- کنش عاطفی: کنش ناشی از تمایلات خاص و وضعیت احساسی شخص است. د- کنش سنتی: کنشی است که از عادات، عرف یا باورهایی که طبیعت ثانوی فاعل را تشکیل می‌دهد سرچشمه می‌گیرد (ویر، ۱۳۷۴: ۲۸ - ۳۰).

بر اساس نظر ویر می‌توان گفت اهدای عضو نیز به عنوان یک کنش اجتماعی، تحت تأثیر متغیرهای فرهنگی و ذهنی قرار دارد. به نظر می‌رسد ویژگی‌های کنش اجتماعی اهدای عضو با ویژگی‌های کنش عقلانی به ویژه عقلانی، معطوف به ارزش، مطابقت بیشتری داشته باشد، چرا که اهدای عضو بدون اعتنا به پی‌آمدهای قابل پیش‌بینی عمل، تنها از اعتقاد کنشگر الهام می‌گیرد و فرد با اخلاص کامل، خود را در خدمت یک ارزش یا یک آرمان از سنخ مذهبی - اجتماعی قرار می‌دهد. چنین کنشی، عقلانی است؛ از آن رو که نه منحصرأ به موفقیت اعتبار می‌دهد و نه به سازگاری با هنجارهای رایج، بلکه سعی می‌کند به وسیله اعمالی که با اعتقادش همسازی داشته باشد، به خود انسجام درونی بدهد. به عبارت دیگر، اهدای عضو، از یک باور آگاهانه به ارزش یک رفتار اخلاقی، مذهبی، اجتماعی، فرهنگی، ... نشأت می‌گیرد.

جرج هربرت مید و هربرت بلومر از بانیان دیدگاه رفتار اجتماعی یا کنش متقابل نمادی، در تحلیل کنش افراد روی مفهوم خود و پنداشت فرد از واقعیت تأکید دارند. بر اساس این دیدگاه، الگوی کنش یا شیوه برخورد افراد با واقعیت‌ها، نه تابع واقعیت‌های بیرونی است و نه تابع تمایلات درونی، بلکه تابع پنداشتی است که آنان از واقعیت‌ها در قالب نمادها پیدا می‌کنند. این نمادها از طریق تعامل خود با دیگران شکل می‌گیرد و امری متغیر و پویا است و در هر موقعیت نیز قابل تفسیر است (عبداللهی، ۱۳۸۳: ۶۸).

براساس نظریات مطرح شده در این دیدگاه می‌توان گفت اهدای عضو به عنوان یک کنش

اجتماعی می‌تواند تابع پنداشت‌ها و برداشت‌هایی از موقعیت باشد که فرد آن‌ها را بر اساس آموخته‌ها، تجربیات و آگاهی‌ها اخذ و در شخصیتش، درونی کرده است. پنداشت‌های فرد، تعیین‌کننده‌گرایش او نسبت به اهدای عضو است و در نهایت، گرایش به اهدای عضو، تعیین‌کننده‌کنش مربوطه است. از آنجایی که افراد در موقعیت‌های یکسان قرار ندارند و تفسیرهای متفاوت از موقعیت دارند، اهدای عضو به عنوان یک متبیین نیز تحت تأثیر برداشت‌های متفاوت قرار می‌گیرد. مطابق این دیدگاه، تغییر درکم و کیف اهدای عضو، مستلزم تغییر در پنداشت‌های افراد از اعیان فرهنگی و اجتماعی است.

از آنجایی که مبین‌ها یا متغیرهای تبیین‌کننده اهدای عضو در سطح خرد، در پیوند تنگاتنگ با سطح کلان قرار دارند، در بررسی پیرامون این موضوع باید دیدگاه‌های تلفیق‌گرا را مورد توجه خاص قرار دهیم. دیدگاه پارسنز به عنوان دیدگاه بنیادین در جهت تلفیق عوامل خرد و کلان برای تبیین کنش اجتماعی مطرح است.

در این دیدگاه، ارگانیسیم رفتاری، اولین محرک کنش است و تطابق موجود زنده با محیط را از طریق حواس فراهم می‌کند. تمایلات زیستی فرد، با فرهنگ که مجموعه باورها، ارزش‌ها و هنجارها است، مواجه می‌شود. بخشی از باورها و ارزش‌های فرهنگی، درونی می‌شود و در این راستا، نظام شخصیت شکل می‌گیرد. هر چه نظام شخصیت افراد به یکدیگر نزدیکتر باشد، نظام اجتماعی انسجام بیشتری می‌یابد. یعنی باورها و ارزش‌های فرهنگی درونی شده، باعث انسجام اجتماعی می‌شود و بدین ترتیب، کارکرد نظام فرهنگی که ایجاد ثبات است، به خوبی انجام می‌گیرد. این چرخه و ارتباط تنگاتنگ همچنان ادامه می‌یابد و اگر یکی از آن‌ها نباشد، نظام کنش از هم گسیخته می‌شود (روشه، ۱۳۷۶). متغیرهای الگویی یا جهت‌گیری‌های ارزشی (دست‌آورد در مقابل ماهیت، عاطفی در مقابل بی‌طرفی، ویژگی در مقابل پراکندگی و عام‌گرایی در مقابل خاص‌گرایی) پل ارتباطی بین عوامل خرد و کلان است (همان ۷۰-۷۲).

بر اساس دیدگاه پارسنز می‌توان گفت اهدای عضو بعنوان یک کنش اجتماعی، هم متضمن مشارکت ارگانیسیم رفتاری و عصبی است و هم مستلزم مداخله شخصیت روانی فرد و همچنین مفروض به وجود جهان نمادها، هنجارها، و ارزش‌هایی است که کنشگران اجتماعی معانی آن را می‌فهمند. متغیرهای الگویی یا حق انتخاب ارزش‌ها، گرایش کنشگر را نسبت به اهدای عضو بیان می‌کند. کنشگر در ارتباط با اهدای عضو و با توجه به خصایل آن به ارزشیابی می‌پردازد و

مجموعه‌ای از انتخاب‌های ارزشی را اتخاذ می‌کند که این ارزشیابی در سوگیری ارزشی وی نسبت به اهدای عضو متجلی می‌شود. البته باید گفت متغیرهای الگویی پارسنز از جمله عام‌گرایی در برابر خاص‌گرایی، بیشترین کاربرد را در این بررسی دارد.

بورديو برای تبیین کنش اجتماعی، رابطه دیالکتیکی بین عین و ذهن برقرار می‌کند و برای برقراری رابطه بین ساختارهای اجتماعی و ساخت‌های ذهنی مفاهیم عادت واره و زمینه را مطرح می‌سازد. میدان یا زمینه که در بعد اجتماعی قرار می‌گیرد، موقعیتی است که فرد در آن عمل می‌کند و معمولاً در آن موقعیت است که افراد به سرمایه‌ها دست می‌یابند (بورديو، ۱۳۸۱). سرمایه‌ها، بسته به عرصه‌ای که در آن عمل می‌کنند و به بهای کما بیش تغییر شکل‌های گران‌تری که پیش شرط کارایی آن در عرصه مورد بحث هستند به شکل اساسی (سرمایه اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی) ظاهر می‌شوند (بورديو، ۱۳۸۴: ۱۳۶). عادت واره (سلاقی، گرایش، موضع‌گیری‌ها و اولویت‌بندی‌های ارزشی) اصول تکثیرگر رفتارهای متمایز و متمایز کننده‌اند (بورديو، ۱۳۸۱: ۳۷).

با توجه به دیدگاه بورديو، موضوع اهدای عضو را می‌توان با ترکیبی از مبین‌ها در سطوح خرد و کلان، تبیین کرد. به این معنا که در سطح کلان باید ساختارها یا حوزه‌های تعاملاتی و مجموعه پایگاه‌ها و در سطح خرد نیز گرایش‌ها، موضع‌گیری‌ها و الویت‌بندی‌های ارزشی و سبک زندگی مورد توجه قرار گیرد. بر اساس نظر بورديو می‌توان گفت که بین افراد از لحاظ سرمایه کلی، تفاوت معنی دار وجود دارد و دارای پایگاه‌ها و عادت واره‌های متفاوتی هستند که در کم و کیف اهدای عضو نمود پیدا می‌کنند. از این رو، برای تحلیل اهدای عضو باید سرمایه‌های اجتماعی و فرهنگی افراد مانند اعتماد اجتماعی، تحصیلات، پایگاه اجتماعی - اقتصادی و آگاهی‌ها مورد توجه قرار گیرد.

گیدنز در تبیین کنش، تلفیق عاملیت و ساختار را مطرح می‌کند. عاملیت، به معنای نیات و مقاصدی نیست که افراد در انجام دادن کارها دارند؛ بلکه در درجه اول به معنای توانایی آن‌ها برای انجام دادن این اعمال است و همچنین به رویدادهایی مربوط می‌شود که فرد مسبب آن‌ها است (گیدنز به نقل از کسل، ۱۳۸۳: ۱۳۶). در حقیقت، کنش، نه به مجموعه‌ای از اعمال جدا از هم که به یکدیگر متصل شده باشند، بلکه به جریان پیوسته رفتار اطلاق می‌شود (گیدنز، ۱۳۸۴: ۶۴). هر فرایندی از کنش، تولید چیزی جدید یا عملی تازه است. اما در عین حال،

وجود کنش، منوط به اتصال آن با گذشته‌ای است که واسطه شروع آن، شروع کنش است. بر این ترتیب، ساختار به عنوان مانع کنش محسوب نمی‌شود؛ بلکه عاملی ضروری در تولید آن است (همان: ۷۷). گیدنز در کوششی همسو با تبیین کنش مسأله اعتماد را مطرح می‌کند. اعتماد، همیشه به اعتماد‌پذیری در برابر پیامدهای محتمل دلالت می‌کند، چه با کنش‌های افراد ارتباط داشته باشند و چه به عملکرد نظام‌ها مربوط باشند (گیدنز، ۱۳۷۷: ۴۱). به بیان ساده‌تر، اعتماد، همان تعهد دادن به شخص، گروه یا نظام در طول زمان آینده است (گیدنز به نقل از پیرسون، ۱۳۸۰: ۱۷۵).

با توجه به دیدگاه گیدنز، اهدای عضو به عنوان یک کنش اجتماعی، تحت تأثیر عاملیت (کنشگر) و ساختار قرار دارد. در بحث پیرامون اهداکنندگی، باید به عامل اعتماد توجه خاص مبذول شود. اعتماد از نوع شخصی و پای‌بندی‌های محدود و چهره‌دار و اعتماد انتزاعی از نوع غیرشخصی و پای‌بندی‌های بی‌چهره‌ای که در نظام‌ها معنا می‌یابد، هر دو در فرایند اهداکنندگی مؤثرند. در نهایت می‌توان گفت اهدای عضو به عنوان تجربه‌ای جدید، منوط به مکانیسم‌های اعتماد است و در صورت بی‌اعتمادی، کنش‌های افراد، مبتنی بر نگرانی و رویکردهای بدگمانی می‌شود که خود می‌تواند مانعی در مسیر تحقق اهدای عضو باشد.

۲-۱- مرور منابع تجربی

تحقیقات تجربی داخلی پیرامون موضوع، بیشتر در حوزه علوم پزشکی و توسط پزشکان انجام شده است. توران گل نژاد در بررسی میزان آگاهی، نگرش و عملکرد کارکنان بخش درمانی بیمارستان‌های تهران در مورد اهدای عضو، به این نتیجه رسیده است که افزایش تجربه کاری با گیرندگان عضو قبل و بعد از پیوند عضو می‌تواند از طریق افزایش آگاهی، نگرش مثبت را در بین کارکنان تقویت نماید. همچنین بین نگرش و عملکرد نیز رابطه معنا دار و مستقیمی مشاهده شده است. یعنی داشتن نگرش مثبت در کارکنان، باعث عملکرد مثبت آن‌ها در این زمینه خواهد شد (گل نژاد، ۱۳۷۴).

علیرضا شاهسون در بررسی نگرش کارمندان ادارات شهر کرمان نسبت به اهدای عضو خود و بستگان‌شان، به این نتیجه رسیده است که افراد دارای فرزند کمتر و آگاهی بیشتر نسبت به موضوع، گرایش مثبت‌تری به اهدای عضو دارند. همچنین مشاهده شده است که مردان در

مقایسه با زنان، دارای گرایش مثبت تری نسبت به اهدای عضو هستند. در ارتباط با نگرش کارمندان به اهدای اعضای خود و بستگان، نتایج نشان داده است که میانگین نمره نگرش کارمندان نسبت به اهدای اعضای بستگان بیشتر از میانگین نمره نگرش آنان نسبت به اهدای اعضای خود است. به عبارت دیگر، کارمندان تمایل بیشتری نسبت به اهدای اعضای بستگانشان در مقایسه با اهدای اعضای خود دارند (شاهسون، ۱۳۷۶).

علیرضا ظهور و مسعود بزرگ مقام در بررسی نگرش شهروندان ۲۰ تا ۶۰ ساله تهرانی در ارتباط با اهدای عضو، به این نتیجه رسیده‌اند که شهروندان تهرانی علی‌رغم نگرش صحیح نسبت به مرگ مغزی، راضی به تهیه کارت اهدا نیستند. آنان برای عدم تمایل خود نسبت به این امر دلایلی چون مغایر دانستن اهدای عضو با مسائل شرعی، بی ثمر دانستن عمل پیوند برای دریافت کنندگان، علاقه به اعضای بدن حتی پس از مرگ، مغایر دانستن عمل پیوند با سیر طبیعی حیات و مرگ، فقدان سازمانی مشخص برای پیش‌گیری از سوء استفاده از پیوند اعضا و کمبود متخصص و تجهیزات کافی در کشور ذکر نموده‌اند (ظهور و بزرگ مقام، ۱۳۷۹).

شکور در بررسی میزان آگاهی و نگرش شهروندان تهرانی، به رابطه معنا دار و مستقیم بین میزان تحصیلات و میزان آگاهی‌ها با نگرش، اشاره کرده است. بین سن و نگرش نیز رابطه معنا دار و معکوس مشاهده شده است. به این صورت که با افزایش سن، نقش دو عامل عواطف و اعتقادات مذهبی در ایجاد نگرش منفی، بسیار قابل توجه می‌شود (شکور، ۱۳۷۹). توکلی در بررسی شاخص‌های رضایت مندی در خانواده‌های موارد فوت شده مرگ مغزی در دو گروه اهدا کننده و غیر اهدا کننده، به موانعی چون اعتقاد به زنده ماندن مرگ مغزی، نارضایتی از سیستم درمانی، عوامل فرهنگی، عوامل مذهبی و باور به فروش اعضا توسط نظام پزشکی، اشاره کرده است (توکلی، ۱۳۸۳). عزیزی در بررسی شاخص‌های موثر بر رضایت خانواده‌های افراد دچار مرگ مغزی به موانعی چون ترس از حرف مردم از قبیل اتهام فروش جسد، عدم رضایت از رسیدگی و مراقبت‌های پزشکی، اعتقاد به معجزه، باورها و اعتقادات مذهبی، اشاره کرده است (عزیزی، ۱۳۸۴).

تحقیقاتی که در کشورهای اروپایی، آسیایی و آمریکایی در ارتباط با اهدای عضو و پیوند اعضا صورت گرفته، مرتبط با بسترهای فرهنگی، اجتماعی و قوانین حقوقی خاص هر کشور

بوده است. لذا، در بررسی این تحقیقات باید به مسائل حقوقی، فرهنگی، مذهبی و... مرتبط با اهدای عضو و پیوند اعضا در کشورهای مختلف، توجه شود. تحقیقاتی که در کشورهای آسیایی در ارتباط با مرگ مغزی، پیوند اعضا و اهدای عضو صورت گرفته تقریباً نتایج مشابهی داشته است. علیرضا باقری و تاکاماسا تاناکا (Takamasa Tanaka) در بررسی نگرش دانشجویان ژاپنی نسبت به مرگ مغزی و پیوند اعضا، به موانعی چون عدم آگاهی، عدم پذیرش یکی بودن مرگ مغزی و مرگ واقعی، عدم اعتقاد به نظام پزشکی و باورهای نادرست فرهنگی و مذهبی اشاره کرده‌اند (۲۰۰۳).

هلایل بیلگل (Halil Bilgel) در بررسی نگرش عمومی نسبت به اهدا و پیوند اعضا در طول مدت ۱۲ سال (۲۰۰۲-۱۹۹۰) چنین نتیجه گرفته است که در طول این سال‌ها علاقه‌مندی به اهدای عضو، تغییر قابل توجهی نداشته است؛ ولی ممانعت از اهدای عضو، کاهش یافته است. در سال ۱۹۹۰، عامل مهم و تاثیرگذار در نگرش منفی، باورهای مذهبی بوده که در سال ۲۰۰۲ سهم این عوامل کاهش یافته است. در تحقیق سال ۲۰۰۲ نیز ارتباط معنی داری بین اهدای عضو با سن، جنس، سطح تحصیلات و پایگاه اجتماعی - اقتصادی مشاهده شده است (۲۰۰۴).

در تحقیقی که مارتینز (Martinez) و همکارانش در اسپانیا انجام داده‌اند به این نتیجه رسیده‌اند که آرزوهای متوفی در رابطه با اهدای عضو، جو حاکم بر روابط خانوادگی، میزان رضایت خانواده از خدمات بهداشتی دریافت شده و تعداد خویشاوندانی که در مصاحبه اخذ رضایت حضور دارند، از عوامل مهم و بسیار تاثیرگذار بر رضایت خانواده در برداشت اعضای متوفی است (۲۰۰۱). بخش اهدای عضو آسیای جنوبی در تحقیقی که در بین آسیایی‌های مقیم انگلستان انجام داده به این نتیجه رسیده است که عوامل فرهنگی و مذهبی، مانعی در جهت اهدای عضو نیست، بلکه عدم آگاهی‌های مذهبی و بی‌اطلاعی از نگرش مذهب به این موضوع، عامل اصلی و پنهان است. در حالی که در اکثر تحقیقات، مذهب به عنوان یک مانع جدی مطرح است (۱۹۹۸).

در سوئد، وقتی نرخ اهدای عضو به پایین‌ترین حد خود نسبت به گذشته رسید، برنامه‌ها و تحقیقات گسترده‌ای در این زمینه شروع شد. در همین راستا مارگارت آ. سانر (Margaret A. Sanner) تحقیقی انجام داد که یافته‌های آن در برنامه ریزی‌های کلان جهت افزایش اهدای

عضو، مورد استفاده قرار گرفت. نتایج این پژوهش حاکی از آن بود که ۵۰ درصد جوانان، علاقه‌مند به اهدای عضو خود پس از مرگ بودند؛ ولی در عمل کمتر به این امر مبادرت می‌کردند. نتیجه مهمی که از این تحقیق و تحقیقات مشابه در اروپا این است که زمینه‌های بومی و آشنایی با ساز و کارهای محلی، عامل تأثیرگذار مهمی در زمینه نگرش مثبت و اقدام به اهدای عضو و پیوند اعضا به شمار می‌آید. به این معنی که جوانانی که در سوئد به دنیا آمده‌اند و افرادی که والدین آن‌ها نیز سوئدی هستند نسبت به افرادی که در سوئد به دنیا نیامده و یا والدین آن‌ها نیز سوئدی نیستند، نظر موافق‌تری نسبت به اهدای عضو دارند. همچنین او به رابطه معنا دار و معکوس باورها و اعتقادات مذهبی با نگرش، اشاره کرده است (۲۰۰۲).

در ارزیابی و جمع‌بندی نقاط قوت و ضعف نتایج حاصل از مرور منابع تجربی داخلی و خارجی مرتبط با موضوع پیوند اعضا و اهدای عضو می‌توان به موارد زیر اشاره نمود:

- تحقیقات انجام شده در خصوص موضوع مذکور، به صورت یک بعدی است؛ زیرا اکثر تحقیقات، چه در داخل و چه در خارج کشور، در حوزه علوم پزشکی صورت گرفته و به ندرت حضور حوزه‌های دیگر در این زمینه مشاهده می‌شود.
- نکته بسیار مهمی که در مرور منابع تجربی داخلی مشاهده شده، این است که از سویی با تعداد انگشت شمار تحقیقات داخلی روبه‌رو هستیم و از سوی دیگر، اکثر این تحقیقات نیز در سال‌هایی انجام شده که موضوع مورد مطالعه، دارای ابهامات فراوانی بوده است. مهم‌ترین مسأله در این خصوص، عدم وجود قانون پیوند اعضا از مرگ مغزی، در سال‌های قبل از ۷۹ است. لذا، موضوع پیوند اعضا و در راستای آن، اهدای عضو، فاقد جنبه عمومی و مبانی حقوقی روشن بوده است.

- بررسی‌های انجام شده، فاقد مبانی نظری، چارچوب مفهومی منسجم و روش‌شناسی مناسب بوده‌اند.

- یکی از مهم‌ترین نقاط ضعف مطالعات مذکور، توصیفی بودن آن‌ها است و اگر هم برخی هم جنبه تحلیلی داشته باشند، بسیار نامنسجم و ناقص‌اند.

- علی‌رغم وجود نکات ضعف مذکور نمی‌توان گفت که این بررسی‌ها فاقد ارزش علمی و عملی است؛ بلکه برخی از آن‌ها به نکات مهمی اشاره نموده‌اند که بدون توجه به آن‌ها، انجام

تحقیقات بعدی، بسیار مشکل و با تکرار اشتباهات قبلی، همراه خواهد بود.

۳-۱- چارچوب نظری و فرضیه‌های پژوهش

در این پژوهش با استعانت از مطالعات نظری و تجربی و بهره‌گیری از نتایج به دست آمده از مرور آن‌ها برای تحلیل اجتماعی - فرهنگی اهدای عضو پس از مرگ مغزی، چارچوب مفهومی تلفیقی زیر، تنظیم و در قالب آن، فرضیه‌هایی مطرح گردیده است.

۳-۱-۱- چهارچوب نظری

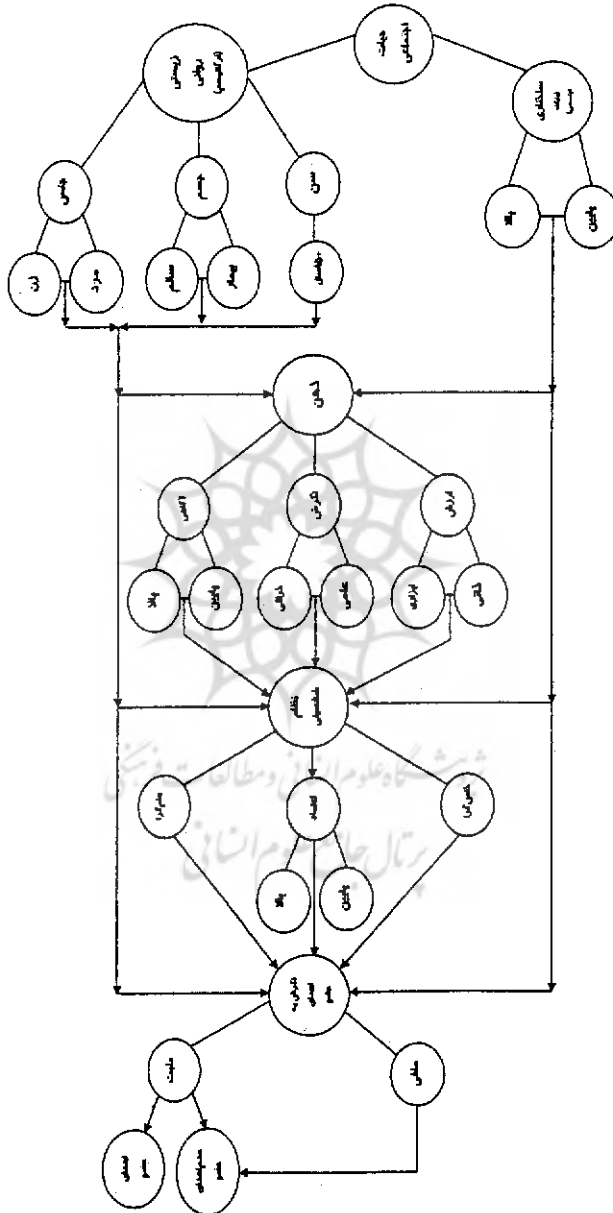
همان‌گونه که در مدل نظری پی می‌آید ملاحظه می‌شود، اقدام افراد در اهدا یا عدم اهدای عضو، به عنوان نوعی کنش با مجموعه به هم پیوسته‌ای از عوامل ذهنی و عینی، شامل ویژگی‌های ذهنی - شخصیتی (نگرش افراد به اهدای عضو، نوع و میزان اعتماد اجتماعی، نظام شخصیتی، آگاهی و ارزش‌های آنان)، ویژگی‌های زیستی - روانی (جنسیت، وضعیت سلامت و میزان سن) و ویژگی‌های عینی - اجتماعی (پایگاه اجتماعی) آنان مطرح نظر قرار گرفته است. ترکیب متغیرهای مذکور، بیانگر ترکیب دیدگاه‌های جامعه‌شناسی (نمادگرا، ارگانیسم‌گرا و نقش‌گرا) در سطح خرد است. بنابراین، می‌توان گفت این چارچوب نظری، خصلتی تلفیقی دارد؛ زیرا در آن مبین‌ها یا متغیرهای مورد توجه در دیدگاه‌های خرد با هم ترکیب شده‌اند. در این ترکیب سعی شده است ارتباط منطقی و علی متغیرها نیز لحاظ شود. بنابراین، پیش‌بینی می‌شود که سهم متغیرهای مورد توجه در دیدگاه نمادگرایی، نظیر اعتماد و عام‌گرایی در تبیین و پیش‌بینی عمل اهدای عضو، در مقایسه با متغیرهای مورد توجه در سایر دیدگاه‌ها بیشتر باشد.

۳-۱-۲- فرضیه‌ها

- اعلام آمادگی برای اهدای عضو توسط افراد، با نوع نگرش آنان نسبت به اهدای عضو رابطه دارد: افراد با نگرش مثبت، اقدام به تهیه کارت اهدای عضو می‌کنند.

- اعلام آمادگی برای اهدای عضو، با اعتماد به حرفه پزشکی (پزشکان و نظام پزشکی) رابطه دارد: افرادی که دارای اعتماد بالاتری هستند، بیشتر اقدام به تهیه کارت اهدای عضو می‌کنند.

۲-۳-۱- مدل نظری پژوهش: ویژه تحلیل جامعه شناختی اهدای عضو در ایران



- اعلام آمادگی برای اهدای عضو توسط افراد، با نوع شخصیت آنان (عام‌گرا - خاص‌گرا) رابطه دارد: افراد عام‌گرا بیشتر اقدام به تهیه کارت اهدای عضو می‌کنند.
- اعلام آمادگی برای اهدای عضو توسط افراد با میزان آگاهی‌های آنان پیرامون اهدای عضو و پیوند اعضا رابطه دارد: افراد آگاه‌تر نسبت به موضوع، بیشتر اقدام به تهیه کارت اهدای عضو می‌کنند.
- اعلام آمادگی برای اهدای عضو توسط افراد، با ارزش‌های مذهبی مورد پذیرش آنان رابطه دارد: افرادی که به ارزش‌های مذهبی پای‌بندترند بیشتر اقدام به تهیه کارت اهدای عضو می‌کنند.
- اعلام آمادگی برای اهدای عضو توسط افراد، با جنس آنان رابطه دارد: زنان در مقایسه با مردان، بیشتر اقدام به تهیه کارت اهدای عضو می‌کنند.
- اعلام آمادگی برای اهدای عضو توسط افراد، با سلامت جسمانی آنان رابطه دارد: افرادی که از سلامت جسمانی بهره بیشتری برده‌اند، کمتر اقدام به تهیه کارت اهدای عضو می‌کنند.
- اعلام آمادگی برای اهدای عضو توسط افراد، با سن آنان رابطه دارد: با افزایش سن، اقدام به تهیه کارت اهدای عضو کاهش می‌یابد.
- اعلام آمادگی برای اهدای عضو توسط افراد، با وضعیت تحصیلی آنان رابطه دارد: با افزایش تحصیلات، اقدام به تهیه کارت اهدای عضو بیشتر می‌شود.
- اعلام آمادگی برای اهدای عضو توسط افراد، با پایگاه اجتماعی آنان رابطه دارد: افرادی که متعلق به پایگاه اجتماعی بالاتر هستند کمتر اقدام به تهیه کارت اهدای عضو می‌کنند.

۱-۴-۱- روش شناسی

۱-۴-۱-۱- تعریف مفاهیم

مرگ مغزی: مرگ مغزی، قطع غیرقابل برگشت کلیه فعالیت‌های مغزی کورتیکال (قشر مغزی)، ساب‌کورتیکال (لایه زیر قشر مغزی) و ساقه مغزی به طور کامل است. به عبارت دیگر، مرگ مغزی از بین رفتن غیر قابل برگشت تمامی اعمال همه قسمت‌های مغزی است. (کاظمینی و حیدری، ۱۳۸۳: ۱۰؛ طباطبایی، ۱۳۷۹: ۳).

عضو: قسمت‌هایی از بدن که دارای عملکرد غیر ساختمانی است، مانند: قلب، کلیه، کبد،

ریه و پانکراس، (توکلی، ۱۳۸۳: ۲۵). تفاوت عضو و بافت (نسج) در این است که در بافت، عمدتاً عملکرد ساختمانی مدنظر است، مثل: پروتوزهای استخوانی، دریچه‌های قلب، قرنیه، تاندون‌ها، ... (همان).

اهداکنندگی: متغیری کیفی است که بر اساس تصمیم و رضایت فرد در زمان حیات وی و همچنین براساس رضایت خانواده وی در زمان مرگ مغزی به خارج کردن اعضا و بافت‌ها از فرد مرگ مغزی و با بخشیدن آن به یک فرد نیازمند، مشخص می‌شود (توکلی، ۱۳۸۳).

برای سنجش این متغیر و گذر از سطح نظری اهداکنندگی به سطح تجربی آن ابتدا باید راه‌های گوناگون اهداکنندگی را بیان کرد. فردی که تمایل دارد جزو اهداکندگان عضو و بافت پس از مرگ مغزی قرار گیرد، به چند طریق می‌تواند رضایت خود را بیان کند. آگاه کردن نزدیکان در زمان حیات از تمایل به اهدای عضو پس از مرگ مغزی، قید در وصیت‌نامه قانونی و پرکردن کارت اهدای عضو با مراجعه به واحدهای فراهم‌آوری اعضای پیوندی، از جمله روش‌های اهدای عضو است.

هر یک از متغیرهای مستقل، پس از تعریف نظری با مجموعه‌ای از معرف‌های مرتبط به هم در قالب مقیاسی متناسب، فابل اندازه‌گیری شده و در صورت مورد قبول بودن از نظر روایی و پایایی، مورد استفاده قرار گرفته‌اند.

۲-۴-۱- اعتبار و پایایی تحقیق پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

در این پژوهش جهت تامین اعتبار صوری هر گویه، وسیله سنجش به طور مجزا از سوی اساتید و متخصصان جامعه‌شناسی، جامعه‌شناسی پزشکی، پزشکی، پزشکی اجتماعی و کارشناسان مراکز پیوند و مراکز فراهم‌آوری اعضای پیوندی که سال‌ها با اهداکندگان عضو در ارتباط چهره به چهره بوده‌اند، ارزیابی شد و قضاوت به عمل آمد که ابزار اندازه‌گیری تا چه میزان خصوصیات مفهومی مورد نظر را می‌سنجد.

برای سنجش میزان پایایی کلیه مقیاس‌ها، پیش‌آزمون پرسشنامه با نمونه‌ای مشابه نمونه اصلی ولی کوچکتر از آن (۲۵ نفر) صورت گرفت. پایایی کل هر طیف، با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه شد. سرانجام با حذف گویه‌های نامناسب و اصلاح پرسش‌های مبهم، پرسشنامه نهایی تدوین گردید. البته بعد از تجزیه و تحلیل داده‌ها، مجدداً پایایی گویه‌ها مورد

محاسبه قرار گرفت.

جدول شماره ۱- نتایج آزمون پایایی معرف‌های متغیرهای پژوهش

متغیرها	تعداد گویه‌ها	نتایج آزمون پایایی
آگاهی	۱۴	۰/۵۰۵۸
پای‌بندی به ارزش‌های مذهبی	۳	۰/۷۱۱۸
سلامت جسمانی	۴	۰/۸۲۷۸
عام‌گرایی	۲	۰/۵۸۹۳
اعتماد به حرفه پزشکی	۵	۰/۸۹۹۲
نگرش نسبت به اهدای عضو	۵	۰/۹۰۲۷
شعاع دایرة اهداکنندگی	۴	۰/۷۸۴۱

۳-۴-۱- جامعه آماری روش نمونه‌گیری و حجم نمونه

جامعه آماری مورد بررسی، در این تحقیق را شهروندان مسلمان ۱۵ سال به بالای ساکن مناطق ۲۲ گانه شهر تهران تشکیل می‌دهند. این تحقیق دارای دو جامعه آماری است: شهروندان تهرانی که کارت اهدای عضو دارند و جمعیت غیر اهداکنندگان که کارت اهدای عضو بدن ندارند. در پژوهش حاضر دو نمونه آماری از دو جمعیت آماری مذکور برگزیده شدند:

الف - ۱۶۰ نفر از میان شهروندان مسلمان تهرانی ۱۵ سال به بالا که کارت اهدای عضو نداشتند، به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای (احتمالی) از مناطق جنوب، مرکز و شمال تهران به عنوان نمونه انتخاب شدند.

ب - ۱۶۰ نفر از شهروندان مسلمان تهرانی ۱۵ سال به بالا که کارت اهدای عضو داشتند یا اقدام به تهیه آن می‌نمودند، به روش غیر احتمالی به عنوان نمونه مورد بررسی، انتخاب شدند. به این شکل که افرادی که به مراکز پیوند و مراکز فراهم آوری اعضای پیوندی برای تهیه و تکمیل کارت اهدای عضو مراجعه می‌کردند، با توجه به جامعه آماری، در نمونه مورد نظر قرار می‌گرفتند.

۴-۱- روش‌های گردآوری اطلاعات و تجزیه و تحلیل داده‌ها

برای گردآوری اطلاعات مورد نیاز در این پژوهش عمدتاً از روش پرسشنامه استفاده شده است. البته برای مقیاس‌سازی یا تهیه پرسش‌ها و طراحی گویه‌های مناسب و مرتبط جهت اندازه‌گیری مفاهیم و تنظیم آن‌ها در قالب پرسشنامه و همچنین درک و فهم پنداشت پاسخ‌گویان از برخی مفاهیم با توجه به شرایط اجتماعی - فرهنگی ایران و نظام اهدای عضو (وصیت یا رضایت ولی میت) که در حال حاضر در ایران وجود دارد، از روش‌های تکمیلی مانند مصاحبه عمیق و مشاهده نیز استفاده شده است. اطلاعات گردآوری شده با روش‌های مناسب در سه سطح توصیفی، تبیینی و تحلیل چند متغیره، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

۲- توصیف داده‌ها

یافته‌های حاصل از تحلیل یک متغیره، بیانگر ویژگی‌های فردی (سن، جنس و سلامت جسمانی)، ویژگی‌های اجتماعی - فرهنگی (آگاهی‌ها، پای‌بندی به ارزش‌های مذهبی، میزان تحصیلات و پایگاه اجتماعی - اقتصادی) و ویژگی‌های شخصیتی (عام‌گرایی، اعتماد به حرفه پزشکی و نگرش به اهدای عضو) دو گروه اهداکننده و غیر اهداکننده است.

با توجه به ارقام مندرج در جدول شماره ۲ می‌توان گفت اکثر (۷۵ درصد) اهداکنندگان در گروه سنی ۱۵-۳۵ سال قرار دارند و ۶۰ درصد اهداکنندگان از نظر سلامتی جسمانی، بهره متوسط برده‌اند. همچنین اکثر اهداکنندگان از میان زنان بوده‌اند. از نظر ویژگی‌های فرهنگی - اجتماعی، ارقام مندرج در جدول ۱-۲ نشان می‌دهد که ۹۱ درصد اهداکنندگان از نظر میزان تحصیلات، دیپلم به بالا هستند. از نظر میزان آگاهی‌ها، اکثر اهداکنندگان از آگاهی‌های بالایی به موضوع برخوردارند و فقط ۱ درصد اطلاعات کمی نسبت به موضوع دارند.

از نظر پایگاه اجتماعی - اقتصادی، اکثر اهداکنندگان به پایگاه متوسط تعلق دارند. میانگین نمرات کسب شده در میان دو گروه نشان می‌دهد که اهداکنندگان نسبت به غیراهدانندگان، از پایگاه پایین‌تری برخوردارند. میانگین نمرات کسب شده به لحاظ پای‌بندی به ارزش‌های مذهبی در بین دو گروه، تفاوت قابل ملاحظه‌ای را نشان نمی‌دهد. ارقام مندرج در جدول شماره ۲-۲ نشان می‌دهد که اهداکنندگان از نظر ویژگی‌های شخصیتی، با غیراهدانندگان

جدول شماره ۲- توزیع پاسخ‌گویان (اهدای کنندگان و غیراهدای کنندگان) بر حسب ویژگی‌های فردی

کل		اهدای کنندگی				ویژگی‌های فردی	
		عدم اهدای عضو		اهدای عضو			
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
۴۶/۶	۱۴۹	۵۱/۹	۸۳	۴۱/۳	۶۶	مرد	
۵۳/۴	۱۷۱	۴۸/۱	۷۷	۵۸/۸	۹۶	زن	
۱۰۰	۳۲۰	۱۰۰	۱۶۰	۱۰۰	۱۶۰	کل	
۲		۱		۲		نما	آماره
۲۹/۷	۹۵	۲۱/۹	۳۵	۳۷/۵	۶۰	۱۵-۲۵	
۳۶/۳	۱۱۶	۳۵	۵۶	۳۷/۵	۶۰	۲۶-۳۵	
۲۰/۶	۶۶	۲۸/۱	۴۵	۱۳/۱	۲۱	۳۶-۴۵	
۹/۷	۳۱	۸/۸	۱۴	۱۰/۶	۱۷	۴۶-۵۵	
۳/۸	۱۲	۶/۳	۱۰	۱/۳	۲	۵۶+ و	
۱۰۰	۳۲۰	۱۰۰	۱۶۰	۱۰۰	۱۶۰	کل	
۳۵		۳۵		۱۹		نما	آماره
۳۱		۳۵		۲۸		میانه	
۳۱/۹۷		۳۵/۴۱		۳۰/۵۳		میانگین	
۸/۴	۲۷	۶	۶/۱۹	۵/۸	میانگین	کم	
۴۳/۴	۱۳۹	۳۷/۵	۶۰	۴۹/۴	۷۹	متوسط	
۴۸/۱	۱۵۴	۵۵/۶	۸۹	۴۰/۶	۶۵	زیاد	
۱۰۰	۳۲۰	۱۰۰	۱۶۰	۱۰۰	۱۶۰	کل	
۷		۷		۷		نما	آماره
۶		۷		۶		میانه	
۶		۶/۱۹		۵/۸		میانگین	

جنسیت

سن

وضعیت سلامت جسمانی

جدول شماره ۱-۲- توزیع پاسخ‌گویان (اهداکندگان و غیراهداکندگان) بر حسب ویژگی‌های

فرهنگی - اجتماعی

کل		اهداکندگی				ویژگی‌های فرهنگی - اجتماعی	
		عدم اهدای عضو		اهدای عضو			
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
۳/۸	۱۲	۶/۳	۱۰	۱/۳	۲	بیسواد و ابتدایی	
۱۱/۷	۳۷	۱۶/۵	۲۶	۷	۱۱	سیکل	
۳۵/۹	۱۱۳	۳۱	۴۹	۴۰/۸	۶۴	دیپلم	
۱۳/۷	۴۳	۱۰	۱۶	۱۷/۲	۲۷	فوق دیپلم	
۳۴/۹	۱۱۰	۳۶	۵۷	۳۳/۸	۵۳	لیسانس و بالاتر	
۱۰۰	۳۲۰	۱۰۰	۱۶۰	۱۰۰	۱۶۰	کل	
۳		۵		۳		نما	
۳		۳		۴		میان	
۱۲/۲	۳۹	۲۳/۱	۳۷	۱/۳	۲	کم	
۵۵/۳	۱۷۷	۶۳/۱	۱۰۱	۴۷/۵	۷۶	متوسط	
۳۲/۵	۱۰۴	۱۳/۸	۲۲	۵۱/۳	۸۲	زیاد	
۱۰۰	۳۲۰	۱۰۰	۱۶۰	۱۰۰	۱۶۰	کل	
۱۱		۸		۱۱		نما	
۱۰		۹		۱۲		میان	
۱۰/۰۴		۸/۵۵		۱۱/۵۳		میانگین	
۶/۶	۲۱	۸/۸	۱۴	۴/۴	۷	کم	
۱۹/۱	۶۱	۱۸/۱	۲۹	۲۰	۳۲	متوسط	
۷۴/۴	۲۳۸	۷۳/۱	۱۱۷	۷۵/۶	۱۲۱	زیاد	
۱۰۰	۳۲۰	۱۰۰	۱۶۰	۱۰۰	۱۶۰	کل	
۱۱		۱۲		۱۱		نما	
۱۱		۱۱		۱۱		میان	
۱۰/۱۸		۱۰/۱۱		۱۰/۲۶		میانگین	
۱۹/۱	۶۱	۲۸/۱	۴۵	۱۰	۱۶	پایین	
۵۹/۴	۱۹۰	۴۸/۸	۷۸	۷۰	۱۱۲	متوسط	
۲۱/۶	۶۹	۲۳/۱	۳۷	۲۰	۳۲	بالا	
۱۰۰	۳۲۰	۱۰۰	۱۶۰	۱۰۰	۱۶۰	کل	
۱۲		۱۳		۱۲		نما	
۱۲		۱۲		۱۲		میان	
۱۱/۶۶		۱۱/۴۳		۱۱/۹		میانگین	

میزان تحصیلات

میزان آگاهی نسبت به اهدان

میزان پایبندی به ارزش‌های مذهبی

پایگاه اقتصادی - اجتماعی

جدول شماره ۲-۲ توزیع پاسخ‌گویان (اهداد کنندگان و غیراهداد کنندگان) بر حسب ویژگی‌های شخصیتی

کل		اهداد کنندگی				ویژگی‌های شخصیتی	
		عدم اهدای عضو		اهدای عضو			
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
۱۸/۸	۶۰	۳۶/۹	۵۹	۶	۱	کم	
۲۴/۴	۷۸	۴۰	۶۴	۸/۸	۱۴	متوسط	
۵۶/۹	۱۸۲	۲۳/۱	۳۷	۹۰/۶	۱۴۵	زیاد	
۱۰۰	۳۲۰	۱۰۰	۱۶۰	۱۰۰	۱۶۰	کل	
۶		۴		۶		نما	
۶		۴		۶		میانه	
۴/۹۷		۴/۰۶		۵/۸۶		میانگین	
۲۹/۴	۹۴	۵۵/۶	۸۹	۳/۱	۵	کم	
۴۳/۴	۱۳۹	۴۱/۹	۶۷	۴۵	۷۲	متوسط	
۲۷/۲	۸۷	۲/۵	۴	۵۱/۹	۸۳	زیاد	
۱۰۰	۳۲۰	۱۰۰	۱۶۰	۱۰۰	۱۶۰	کل	
۱۵		۱۰		۱۵		نما	
۱۳		۱۰		۱۶		میانه	
۱۳/۱۶		۱۰/۲۳		۱۶		میانگین	
۶/۶	۲۱	۱۱/۹	۱۹	۱/۳	۲	منفی	
۱۸/۴	۵۹	۳۲/۵	۵۲	۴/۴	۷	بی‌تایید	
۷۵	۲۴۰	۵۵/۶	۸۹	۹۴/۴	۱۵۱	مثبت	
۱۰۰	۳۲۰	۱۰۰	۱۶۰	۱۰۰	۱۶۰	کل	
۲۰		۲۰		۲۰		نما	
۱۹		۱۶		۲۰		میانه	
۱۷/۴۳		۱۵/۸۹		۱۸/۹۷		میانگین	

میزان عام‌گرایی

میزان اعتماد به حرفه پزشکی

نوع نگرش نسبت به اهدای عضواریافت

تفاوت دارند، به طوری که یافته‌ها نشان می‌دهد، ۹۰ درصد اهداکنندگان از شخصیتی رشد یافته و عام‌گرا برخوردارند و همچنین میانگین نمره اعتماد به حرفه پزشکی در بین دو گروه، تفاوت قابل ملاحظه‌ای را نشان می‌دهد. لازم به ذکر است که نگرش به اهدای عضو به عنوان یکی از خروجی‌های نظام شخصیت در بین دو گروه، بسیار متفاوت است؛ به طوری که ۹۵ درصد اهداکنندگان دارای نگرش مثبت هستند.

۳-۳- تحلیل داده‌ها

یافته‌های حاصل از تحلیل دو متغیری، چگونگی رابطه تغییرات متغیرهای مستقل با تغییرات متغیر اهدای عضو را نشان می‌دهد. براساس این یافته‌ها می‌توان گفت ویژگی‌های فردی، شخصیتی و فرهنگی - اجتماعی، نقش تعیین‌کننده‌ای در کم و کیف اهداکنندگی دارند. به طوری که نتایج حاصل از آزمون‌های آماری نشان می‌دهد، اهداکنندگی، با ویژگی‌های شخصیتی از قبیل عام‌گرایی، نگرش به اهدای عضو و میزان اعتماد، رابطه معنادار و مستقیم دارد. به عبارت دیگر، با افزایش هر کدام از آن‌ها، اهدای عضو افزایش می‌یابد. همچنین بین اهدای عضو با ویژگی‌های فردی از قبیل سن، جنس و سلامت جسمانی، رابطه معناداری مشاهده شده است؛ به طوری که می‌توان گفت با افزایش سن، اهدای عضو کاهش می‌یابد و افرادی که از سلامت جسمانی بهره بیشتری برده‌اند، کمتر اقدام به اهدای عضو می‌کنند. همچنین، زنان در مقایسه با مردان، بیشتر اقدام به اهدای عضو می‌کنند. در مورد تأثیر ویژگی‌های فرهنگی - اجتماعی، مشاهده شده است که بین اهدای عضو با میزان تحصیلات و میزان آگاهی‌ها، رابطه معنادار و مستقیم وجود دارد. البته رابطه معنادار و معکوس بین اهدای عضو با پایگاه اجتماعی - اقتصادی بیانگر این است که افراد دارای درآمد و دارایی بالاتر، گرایش کمتری به اهدا عضو دارند و با توجه به سهم قابل توجه متغیرهای درآمد و دارایی و شغل در مقیاس پایگاه اجتماعی، رابطه بین پایگاه اجتماعی و اهدای عضو، جنبه معکوس یا منفی یافته است؛ به طوری که می‌توان گفت با افزایش سطح پایگاه افراد، اهدای عضو کاهش می‌یابد. گفتنی است که بین پای‌بندی به ارزش‌های مذهبی و اهدای عضو، رابطه معناداری از نظر آماری مشاهده نشده است.

جدول شماره ۳- رابطه میان اهدا یا عدم اهدای عضو با متغیرهای مستقل تحقیق

نتایج آزمون‌های آماری در سطح اندازه‌گیری اسمی				متغیرهای مستقل
ضریب توافق کرامر	سطح معنی‌داری	درجه آزادی	مقدار کی دو	
۰/۱۰۷	۰/۰۵	۱	۳/۶۳۰	جنس
۰/۱۸۳	۰/۰۰۵	۲	۱۰/۷۲۹	سن
۰/۱۵۱	۰/۰۲۶	۲	۷/۲۶۳	سلامتی
۰/۲۵۱	۰/۰۰۰	۲	۲۰/۲۳۳	پایگاه
۰/۰۸۹	۰/۲۸۰	۲	۲/۵۴۸	ارزش‌ها
۰/۴۶۶	۰/۰۰۰	۲	۶۹/۵۵۷	آگاهی‌ها
۰/۲۲	۰/۰۰۰	۲	۱۵/۴۶۹	تحصیلات
۰/۷	۰/۰۰۰	۲	۱۴۷	اعتماد
۰/۷	۰/۰۰۰	۲	۱۵۲/۲۰۶	عام‌گرایی
۰/۴۶۳	۰/۰۰۰	۳	۶۸/۶۷۲	نگرش

برای جمع‌بندی نهایی در بخش تحلیل دو متغیری و وارد شدن به مرحله بعد که تحلیل چند متغیر است لازم به نظر می‌رسد که با مقایسه واریانس‌های دو گروه براساس متغیرهای اساسی تحقیق، نتایج حاصل از آزمون لون با فرض برابری واریانس‌ها بررسی شود. همان‌طور که نتایج حاصل از آزمون لون با فرض برابری واریانس‌ها نشان می‌دهد، میزان پای‌بندی به ارزش‌های مذهبی در دو گروه اهداکننده و غیر اهداکننده از نظر آماری، تفاوتی ندارد و با توجه به سطح معناداری (۰/۰۶۴) که بزرگتر از ۰/۰۵ است، فرض برابری واریانس دو گروه پذیرفته می‌شود. با توجه به نتایج حاصل از آزمون لون و سطح معناداری محاسبه شده برای بقیه متغیرها، می‌توان گفت که فرض برابری واریانس‌ها برای بقیه متغیرها رد می‌شود، زیرا سطح معناداری محاسبه شده برای همه آن‌ها یا ۰/۰۵ یا کوچکتر از ۰/۰۵ است و می‌توان گفت دو گروه اهداکننده و غیر اهداکننده براساس متغیرهای مذکور از لحاظ آماری، تفاوت معناداری دارند.

جدول شماره ۱-۳- تحلیل واریانس فرایند اهدای عضو با متغیرهای اساسی تحقیق

آزمون لون با فرض برابری واریانس‌ها		نوع متغیرهای مستقل
سطح معناداری	کمیت F	
۰/۰۰۰	۷۴/۹۷۹	نوع نگرش نسبت به اهدای عضو
۰/۰۶۴	۳/۴۵۷	میزان پای‌بندی به ارزش‌های مذهبی
۰/۰۰۰	۲۰/۹۷۹	پایگاه اجتماعی / اقتصادی
۰/۰۰۰	۱۲۰/۹۹۴	میزان رشد نظام شخصیتی (عام‌گرایی)
۰/۰۵	۳/۸۷۶	میزان سلامت جسمانی
۰/۰۰۴	۸/۳۴۸	میزان تحصیلات
۰/۰۰۸	۷/۰۴۸	میزان آگاهی‌ها
۰/۰۵	۳/۸۵۲	میزان اعتماد به حرفه پزشکی

۳-۲- تحلیل چند متغیری

در تحلیل‌های دو متغیری، معنی‌دار بودن رابطه متغیر وابسته (اهدای عضو) با اکثر متغیرهای مستقل، مورد تأیید قرار گرفت. ولی تأیید رابطه قوی بین متغیرها نشان‌دهنده مقدار تأثیر متغیری بر متغیر دیگر نیست. لذا، به منظور تحلیل تأثیرهای مشترک و مجزای متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته و نیز کنترل تعاملات بین متغیرها و تعیین سهم هر یک از عوامل در تبیین و پیش‌بینی تغییرات متغیر وابسته، از تحلیل چند متغیری بهره گرفته‌ایم. نتایج حاصل از این تحلیل، نشان‌دهنده همبستگی بسیار بالای (۸۵ درصد) متغیرهای مستقل تحقیق با متغیر وابسته است. با توجه به مقدار R^2 می‌توان گفت که متغیرهای مستقل تحقیق، ۷۲ درصد از واریانس متغیر اهدای عضو را پیش‌بینی می‌کند. به عبارت دیگر، $\frac{۳}{۴}$ از عوامل مؤثر بر اهدای عضو، شناخته شده است. لازم به ذکر است هر چه واریانس تبیین شده توسط یک رشته متغیرهای مستقل (R^2) بیشتر باشد، مدل از قدرت بیشتری در تبیین موضوع برخوردار است.

جدول ۴- مشخص‌کننده‌های کلی تحلیل رگرسیونی متغیرهای مستقل بر اهدای عضو

مدل	همبستگی	ضریب تعیین	ضریب تعیین تعدیل شده	ضرایب استاندارد شده Beta
اعتماد	۰/۷۶۴	۰/۵۸۴	۰/۵۸۳	۰/۴۹۴
عام‌گرایی	۰/۸۲۶	۰/۶۸۲	۰/۶۸۰	۰/۳۶۶
سن	۰/۸۳۲	۰/۶۹۲	۰/۶۸۹	-۰/۱۰۹
سلامت	۰/۸۳۷	۰/۷۰۰	۰/۶۹۶	-۰/۰۸۴
نگرش	۰/۸۴۱	۰/۷۰۷	۰/۷۰۳	۰/۱۰۴
جنس	۰/۸۴۴	۰/۷۱۲	۰/۷۰۶	۰/۰۶۵
پایگاه	۰/۸۴۶	۰/۷۱۶	۰/۷۱۰	-۰/۰۶۶

۴- نتیجه‌گیری حاصل از تحلیل داده‌ها

هدف پژوهش حاضر، شناخت عوامل مؤثر بر اهدای عضو بوده است. شناخت عوامل تأثیرگذار بر اهداکنندگی می‌تواند قدمی مثبت در جهت حل مسائل و مشکلات مرتبط با موضوع باشد. نتایج حاصل از یافته‌های پژوهش ضمن ارائه تصویری روشن از کم و کیف و چگونگی اهدای اعضا و بافت‌های بدن، بیانگر این واقعیت است که شرایط و بسترهای اجتماعی- فرهنگی، سهم عمده‌ای در افزایش یا کاهش اهدای عضو دارند؛ به طوری که می‌توان گفت عمده‌ترین مسائل پیرامون این موضوع، دارای ماهیتی اجتماعی- فرهنگی هستند.

مشاهده آمار اهدای اعضا در برخی کشورها مانند اسپانیا، فنلاند، پرتغال، ... نشانگر موفقیتی چشمگیر در اهداکنندگی است و به نظر می‌رسد این جوامع توانسته‌اند بسترها و شرایط اجتماعی- فرهنگی مناسب را فراهم سازند و فاصله بین عرضه و تقاضای اعضای پیوندی را کاهش دهند. بنابراین، ما نیز باید بتوانیم با توجه به نکات مثبت مدل‌های آنان و با عنایت به شرایط خاص جامعه ایران، مشکل کمبود اعضای پیوندی را کاهش دهیم. ولی با کمی بررسی مشاهده می‌شود که در واقع این جوامع، صورت مسأله چنین معضلی را پاک

کرده‌اند و از درگیری و اصطکاک با عوامل تأثیرگذار پرهیز نموده‌اند. قانون رضایت مفروض توانسته است موجب افزایش اهدای عضو شود که در حقیقت چنین افزایشی، شکلی کاذب داشته و در صورت تداوم، موجب بروز بحران‌ها و مسائل جدیدی خواهد گردید. در کشور ما با تصویب قانون پیوند اعضا و در راستای آن، شیوه اخذ رضایت که موکول به وصیت یا رضایت ولی میت است، در حقیقت مسأله اهدای عضو، به یک مسأله پیچیده اجتماعی و فرهنگی تبدیل شده است. این پژوهش در حد خود اقدام به شناخت عوامل مؤثر و میزان تأثیرگذاری هر کدام نموده است که می‌تواند قدمی در جهت حل مسائل پیرامون موضوع باشد.

اهدای عضو زمانی تحقق می‌یابد که زمینه‌های عینی و ذهنی آن فراهم شود. در سطح خرد، ویژگی‌های ذهنی و شخصیتی، نقش محوری دارند. نظام شخصیت واسط بین فرد و جامعه و منبع عام، تفسیر موقعیت است و به عنوان یکی از قوی‌ترین عوامل درونی، کنش یا نقش فرد را در ارتباط با دیگران و انتظارات اجتماعی تنظیم می‌کند. نظام شخصیتی، در تعامل بین ارگانیسم و نظام فرهنگی، در فضایی هنجاری شکل می‌گیرد و به نوبه خود از طریق هدایت کنش‌های افراد بر خاستگاه اجتماعی فرد مؤثر واقع می‌شود. بنابراین، اهدای عضو به عنوان نوعی کنش، محصول مجموعه به هم پیوسته‌ای از شرایط و عوامل ذهنی و عینی در سطوح کلان، میانی و خرد است (عبداللهی، ۱۳۷۵: ۱۴۱).

اهدای عضو به عنوان عملی که از یک کنشگر سر می‌زند، دارای چهار خصلت ارگانیسمی، اجتماعی، فرهنگی و شخصیتی است. بنابراین، این کنش تحت تأثیر ویژگی‌های فردی و فیزیولوژیکی، ویژگی‌های شخصیتی (افکار، اعتقادات و نظام روانی)، ویژگی‌های فرهنگی (ارزش‌ها، آگاهی‌ها و باورها) و همچنین ویژگی‌های اجتماعی (انتظارات و قراردادهای اجتماعی) تحقق می‌یابد. یافته‌های تجربی نیز همین نظر را تعیید می‌کند. از آنجایی که نتایج نشان می‌دهد اعتماد به حرفه پزشکی، سهم عمده‌ای در تبیین اهداکنندگی دارد، بی‌اعتمادی به نظام پزشکی و پزشکان، مانعی مهم بر سر راه تحقق اهدای عضو به شمار می‌رود. به طوری که می‌توان گفت ماهیت نهادهای مرتبط با پیوند اعضا و اهدای عضو (مراکز پیوند و مراکز فراهم‌آوری اعضای پیوندی) در ایران عمیقاً وابسته به مکانیسم‌های اعتماد به این نظام‌های

تخصصی است. در صورت عدم وجود اعتماد، فرایند اهداکنندگی تحت تأثیر رویکردهای بدگمانی قرار می‌گیرد و در نهایت، منجر به عدم اهدای عضو می‌شود. مشخص شد که عام‌گرایی نیز تأثیر بسیار زیادی بر متغیر وابسته تحقیق دارد و در نتیجه، خاص‌گرایی، مانع مهم دیگری است که باید در نظر گرفته شود. بالا بودن سهم این دو عامل در تبیین اهدای عضو در کنار سایر عوامل، بیانگر این واقعیت است که از سویی، اهدای عضو در جامعه ما وابسته به مکانیسم‌های اعتماد در سطح خرد و کلان است و از سویی دیگر، تحقق اهدای عضو، محصول جامعه‌ای است که در آن ارزش‌ها و معیارهای عام، مبنای قضاوت افراد قرار می‌گیرد. زیرا عام‌گرایی، نوعی جهت‌گیری بر مبنای مجموعه‌ای از ارزش‌ها و اصول گسترده و کلی است که زمینه را برای تحقق کنش‌های منطقی مبتنی بر قواعد عام فراهم می‌نماید. گفتنی است که عوامل تأثیرگذار دیگر، به ترتیب میزان تأثیر هر کدام از آن‌ها بر متغیر وابسته سن، وضعیت سلامت جسمانی، نگرش به اهدای عضو، جنس و پایگاه اجتماعی - اقتصادی است.

در ابتدا به نظر می‌رسد «نگرش به موضوع» مهمترین و مؤثرترین عامل جهت تبیین اهدای عضو باشد، زیرا نگرش به اهدای عضو نیز در برگزیده مجموعه‌ای از سوگیری‌های نظام شخصیت نسبت به موضوع اهدا است و این نگرش، مقدم بر اقدام به اهدا است. بنابراین، نوع نگرش (مثبت یا منفی) می‌تواند تعیین‌کننده کم و کیف کنش مذکور باشد. ولی یافته‌ها بیانگر اهمیت کمتر این متغیر در کنار سایر عوامل است. با مراجعه به مبانی نظری، معلوم شد که نگرش نسبت به موضوع مورد عمل، شرط لازم جهت اقدام به عمل است ولی شرط کافی نیست. رفتارها در پی زنجیره‌ای از عوامل شکل می‌گیرند و نگرش یکی از حلقه‌های این زنجیر است. نتایج به دست آمده نیز مؤید همین نظر است. اقدام به اهدای عضو قطعاً نیازمند نگرش مثبت است، ولی نگرش مثبت به تنهایی نمی‌تواند عاملی برای اقدام به عمل باشد و در پر کردن شکاف بین بعد نظری و عملی، یعنی گرایش به اهدا و اقدام به اهدای عضو، عوامل عدیده دیگری هم تأثیر گذارند.

در جمع‌بندی می‌توان گفت پژوهش حاضر، بیشتر انتظارات نظری مطرح شده را برآورده ساخته است. بنا براین، اهدای عضو به عنوان نوعی کنش یا کردار اجتماعی، محصول ترکیب

مجموعه‌ای به هم پیوسته از عوامل در سطوح مختلف است ولی این که در بین مجموعه عوامل مذکور، کدام یک سهم بیشتری در تبیین و پیش‌بینی تغییرات این متغیر دارند، بستگی به شرایط زمانی و مکانی خاص دارد. البته در این پژوهش، نقش عوامل ذهنی - شخصیتی در مقایسه با سایر عوامل، از برجستگی خاصی برخوردار است. به عبارت دیگر، عوامل نرم افزاری در مقایسه با عوامل سخت‌افزاری، تأثیر بیشتری بر اهدای عضو دارند. موانع موجود در ساختارهای اجتماعی - فرهنگی ایران در مسیر توسعه پیوند اعضا و اهدای عضو، دارای ساز و کار پیچیده و خاصی است که در روابط متقابل با یکدیگر، شناخته می‌شوند. در بین مجموعه عوامل موثر بر اهدای عضو، عوامل نرم افزاری فکری، فرهنگی و اجتماعی، از جایگاه و نقش برجسته‌تری برخوردارند. بنابراین، می‌توان گفت این موضوع دارای ربط اجتماعی - فرهنگی و است باید در حوزه علوم اجتماعی به طور جدی مورد توجه قرار گیرد.

۵- پیشنهادهای مبتنی بر یافته‌های پژوهش

بدن همواره در پیوند اعضا به عنوان پدیده‌ای درک می‌شود که امکاناتی را برای شکل‌دهی دوباره به آن و اصلاحش فراهم می‌کند. پیوند اعضا نه تنها در مورد مالکیت بدن، سؤال ایجاد می‌کند، بلکه مرزهای بسیار گسترده‌ای دارد که همگی پرسش برانگیزند. پیوند اعضا و بافت، نقش واسطه را در چرخه پیوند دارد و حلقه رابط میان تولیدکننده و مصرف‌کننده اعضا و بافت‌ها است. تولیدکننده و مصرف‌کننده این چرخه حیاتی، انسان‌هایی هستند که تحت شرایط خاص فردی، اجتماعی، فرهنگی و شخصیتی قرار دارند. یکی از حلقه‌های مهم و اساسی چرخه پیوند، تولیدکنندگان اعضای پیوندی است. از آنجایی که اهداکنندگان اعضای پیوندی پس از مرگ مغزی، سهم عمده‌ای در تولید اعضا و بافت‌ها دارند و با توجه به این که در کشور ایران مشکلات مربوط به تهیه عضو پیوندی و فاصله بسیار زیاد بین عرضه و تقاضا، از نوع اجتماعی - فرهنگی است، برای هموار کردن مسیر توسعه پیوند و از میان برداشتن بسیاری از موانعی که در این مسیر قرار دارند، باید عوامل اجتماعی، فرهنگی تأثیرگذار به درستی شناخته شود.

پزشکان و کادر پزشکی، نه تنها اعضا و نسوج را پیوند می‌زنند، بلکه اهداکنندگان را نیز به گیرندگان عضو پیوند می‌زنند و حیاتی نو را به ارمغان می‌آورند. ولی یافته‌های این پژوهش و پژوهش‌های مشابه، بیانگر عدم اعتماد مردم به حرفه پزشکی است که یکی از موانع مهم و اساسی در افزایش اهدای عضو به شمار می‌آید. به طور کلی می‌توان گفت اهدای عضو در جامعه‌ای تحقق می‌یابد که میزان اعتماد اجتماعی در آن بالا باشد. اعتماد، همیشه بر اعتمادپذیری در برابر پیامدهای محتمل دلالت می‌کند؛ چه این پیامدها به کنش‌های افراد مربوط باشد و چه به عملکرد نظام‌ها. اعتماد به حرفه پزشکی در اینجا هم به عملکرد پزشکان مرتبط است و هم به عملکرد نظام پزشکی. بنابراین، پزشکان و نظام پزشکی می‌توانند نقش تعیین‌کننده‌ای در افزایش اهدای عضو داشته باشند. در این راستا وظایف خطیری به عهده نظام پزشکی است، که یکی از مهمترین آن‌ها اطلاع‌رسانی شفاف در مورد فرایند اهدای عضو و مراحل مختلف آن، چگونگی ارتباط بین اهداکنندگان و گیرندگان اعضا و مسائلی از این قبیل است.

از آنجایی که تحقق اهدای عضو بر پایه اصول و ارزش‌های عام فرهنگی - اجتماعی امکان پذیر می‌شود، نگرش عام‌گرایانه این فرصت را به افراد می‌دهد که به مسائل غیر از مسائل فردی بیایندیشند و مسائل و موضوعات خاص را براساس معیارهای عام و غیر شخصی ارزیابی کنند. بنابراین، می‌توان گفت اولویت اصول عام بر اصول خاص، باعث تقویت اهداکنندگی در سطح جامعه می‌شود. به عبارت دیگر، ترویج ارزش‌های عام، ارتقای سطح هویت اجتماعی و رشد نظام شخصیتی عام‌گرایانه می‌تواند کم و کیف اهدای عضو را ارتقا بخشد.

همان‌طور که یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد، اکثر مردم دارای نگرش مثبت نسبت به موضوع اهدای عضو و بافت‌های بدن هستند، لذا، باید از این نیروی بالقوه، به درستی بهره‌برداری شود. برای رسیدن به هدف افزایش اهدای عضو باید بسترهای مناسب جهت هموار ساختن تحقق اهدای عضو و منجر شدن این نگرش به کنش را فراهم کرد.

با توجه به این که اکثر اهداکنندگان از میان جوانان هستند و جوانان به دلیل خصوصیات و ویژگی‌های شخصیتی، از تمایل بالایی نسبت به اهدای عضو برخوردارند، برای بهره‌مندی

بیشتری از این سرمایه، بهتر است ترویج فرهنگ اهدای عضو از مدارس آغاز شود. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که در امر پیوند اعضا و اهدای عضو، مسأله آگاهی عمومی از اهمیت به سزایی برخوردار است؛ به طوری که می‌توان گفت هر چه سطح آگاهی‌های مردم ارتقا یابد، بهتر و آسانتر می‌توان مسأله کمبود اعضای اهدایی را حل نمود. البته آگاهی‌ها و اطلاعات پیرامون موضوع اهدای عضو نیز از گستردگی بسیار زیادی برخوردار است. لذا، باید موثرترین و مهمترین آن‌ها که در افزایش اهدای عضو می‌تواند نقش به‌سزایی داشته باشد مورد توجه قرار گیرد. مرگ مغزی باید درست و صریح توضیح داده شود تا برای مردم، قابل فهم گردد. همان‌گونه که یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد اکثر مردم، مرگ مغزی را با حالت کما یکسان می‌دانند. از آنجایی که فردی که دچار حالت کما می‌شود ممکن است سال‌ها در این وضعیت بماند، مردم با یکی دانستن مفهوم کما و مرگ مغزی، این حالت را نیز قابل برگشت می‌دانند و تصور می‌کنند فرد دچار مرگ مغزی، هر لحظه ممکن است به هوش بیاید، به همین دلیل، از اهدای اعضا و نسوج و خودداری می‌کنند. لذا، اطلاع‌رسانی در این زمینه، برای عموم مردم باید به صورتی روشن، ساده و قابل فهم صورت گیرد.

پیوند اعضا موضوعی است که در برنامه‌ریزی‌های آموزشی و تبلیغی باید مخاطبان آن را تمامی افراد جامعه دانست. لذا، دسته‌بندی افراد مختلف جامعه با توجه به فرهنگ، مذهب، میزان بهره‌مندی از سرمایه‌های فرهنگی و اجتماعی و سطح آگاهی‌ها و پیدا کردن نقاط اشتراک و استفاده از مشترکات تمامی افراد جامعه برای اطلاع‌رسانی شفاف و ساده، ضرورت دارد. از آنجایی که پیوند اعضا، محدود به زمانی خاص نمی‌شود، اطلاع‌رسانی و آموزش نیز نباید محدود به زمانی خاص باشد، بلکه باید به صورت مستمر و پی‌گیر از تمامی ابزار موجود در زمینه آموزش و اطلاع‌رسانی، با توجه به گستردگی موضوع و سطوح مختلف جامعه، بهره‌گیری شود.

با توجه به این که مدل فراهم‌آوری اعضای پیوندی در کشور ما بر اساس وصیت (تکمیل کارت اهدای عضو) یا رضایت ولی میت است، ولی عملاً تعیین‌کننده‌نهایی برای اهدای عضو، نه وصیت، بلکه رضایت ولی میت است، اگر فردی کارت اهدای عضو داشته باشد، ولی در

هنگام مرگ مغزی، خانواده او رضایت ندهند، در عمل، نظر خانواده اعمال می‌شود و برداشت اعضا و نسوج صورت نمی‌گیرد. از این رو، باید تمهیداتی انجام گیرد تا خانواده‌های اهداکنندگان از این اقدام آن‌ها آگاه شوند، در غیر این صورت، در هنگام لزوم، این آرزوی اهداکننده تحقق نمی‌یابد و در عمل، این اقدام ثمره‌ای نخواهد داشت. پس ضرورت دارد این موضوع در خانواده مطرح شود و اعضای خانواده در مورد آن با هم مشورت کنند و نظر یکدیگر را بدانند. با عنایت به این که در دین اسلام، جسد و پیکر میت، دارای حرمت است، مثله کردن بدن میت، حرام است. بنابراین، افراد پای‌بند به ارزش‌های مذهبی، اهدای عضو را نوعی مثله کردن بدن میت و در نتیجه، حرام می‌دانند و به همین دلیل، نگرش منفی نسبت به این اقدام دارند. از این رو، اجرای برنامه‌های آموزشی که جنبه‌ها و ابعاد مذهبی موضوع اهدای عضو و پیوند اعضا را مورد توجه، بررسی و کنکاش قرار می‌دهند، ضروری به نظر می‌رسد تا از این رهگذر، با باورهای نادرست مذهبی، مقابله و از تأثیر منفی آن‌ها بر اهدای عضو، جلوگیری شود.

کنش انسان، تابع پنداشتی است که در جریان تعاملات اجتماعی به دست می‌آورد و پنداشت‌های انسان هم تابع عوامل ذهنی و عینی است. کنش اهدای عضو، تابع پنداشت افراد از موضوع است و در پنداشت از این موضوع، عامل ذهن بر عامل عین، چیرگی دارد؛ در حالی که لازمه افزایش اهدای عضو، وفاق فکری در مورد واقعیت‌های پیرامون این موضوع است. لذا، پیشنهاد می‌شود، آن دسته از معیارها و مفاهیم مرتبط با موضوع را که جنبه عام‌تری دارند و به فهم مشترک و وفاق فکری مردم کمک بیشتری می‌کنند، بیشتر مورد توجه قرار گیرد.

بی‌تردید برای تحقق توسعه پایدار و داشتن جامعه‌ای سالم از نظر اجتماعی، تأمین سلامت، نقش محوری دارد. اهدای عضو به عنوان مسأله‌ای مهم و پیچیده و دارای ابعاد متعدد، حضور و دخالت حوزه‌های مختلف علمی را می‌طلبد. با توجه به این که تحقیقات موجود در این زمینه در کشور ما بسیار محدود و حتی انگشت شمار است، انجام تحقیقات متعدد و متنوع که جوانب مختلف و سازوکارهای پیچیده موضوع را بررسی کند، می‌تواند گامی در جهت حل معضل کمبود اعضای پیوندی باشد. بنابراین، باید محققان علوم مختلف با انجام تحقیقات از منظرهای مختلف، امکان یافتن راه‌کارهای علمی و عملی در این زمینه را فراهم سازند تا در

برنامه‌ریزی‌های ترویج فرهنگ اهدای عضو، مورد استفاده قرار گیرند.

منابع

- بوردیو، پی‌یر. (۱۳۸۱). نظریه کنش: دلایل عملی و انتخاب عقلانی. مرتضی مردیها. تهران: نقش و نگار.
- پاتنام، رابرت و دیگران. (۱۳۸۴). سرمایه اجتماعی (اعتماد، دموکراسی و توسعه). افشین خاکباز. تهران: شیرازه.
- پیرسون، کریستوفر. (۱۳۸۰). گفتگو با آنتونی گیدنز. علی اصغر سعیدی. تهران: کویر.
- توکلی، امیرحسین. (۱۳۸۳). «بررسی مقایسه‌ای افسردگی در خانواده‌های موارد فوت شده مرگ مغزی در گروه اهداکننده و غیراهداکننده اعضاء طی سال‌های ۸۱-۱۳۸۰ در استان تهران». رساله دکتری. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.
- حسینی سیستانی، سیدعلی. (۱۳۸۴). رساله توضیح المسائل. قم: نسیم حیات.
- خمینی، روح‌الله. (۱۳۸۳). رساله توضیح المسائل. قم: نیلوفرانه.
- خامنه‌ای، سید علی (۱۳۸۱). رساله اجوبه الاستفتائات. احمدرضا حسینی. تهران: المهدی.
- شاهسون، علی‌رضا. (۱۳۷۶). «بررسی نگرش کارمندان ادارات شهر کرمان نسبت به اهدای عضو خود و بستگان بعد از تشخیص مرگ مغزی». پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم پزشکی کرمان.
- شکور، عباس و ساناز رضایی. (۱۳۷۹). «بررسی میزان آگاهی و نگرش افراد بالای ۱۵ سال شهر تهران در مرگ مغزی و اهدای اعضای پیوندی بعد از مرگ در وابستگانشان». مجله علمی پزشکی - قانونی. سال ششم. شماره ۲۱.
- صانعی، یوسف. (۱۳۸۳). استفتائات پزشکی. قم: میثم تمار.
- طباطبایی، محمود. (۱۳۷۹). «مرگ مغزی و پیوند اعضا». خلاصه مقالات همایش پیوند اعضا از افراد دچار مرگ مغزی مرکز دیالیز و پیوند اعضا. وزارت بهداشت. درمان و آموزش

پزشکی.

- ظهور، علی‌رضا و مسعود بزرگ‌مقام. (۱۳۸۲). نگرش شهروندان تهرانی به پیوند اعضا و اهدای عضو در مرگ مغزی (۱۳۷۹). *مجله پزشکی ارومیه*. سال چهاردهم. شماره اول.

- عزیزی، هدی. (۱۳۸۳). «بررسی اپیدمیولوژیک پیوند از اهداکنندگان دچار مرگ مغزی در دانشگاه علوم پزشکی مشهد». *خبرنامه فعالیت‌های شبکه فراهم آوری اعضای پیوندی ایران*. شماره ۴.

- عبداللهی، محمد. (۱۳۷۵). «جامعه‌شناسی بحران هویت». *نامه پژوهش*. سال اول. شماره ۲ و ۳.

- عبداللهی، محمد. (۱۳۸۳). «زنان و نهادهای مدنی». *مجله جامعه‌شناسی ایران*. دوره پنجم. شماره ۲.

- کسل، فیلیپ. (۱۳۸۳). *چکیده آثار آنتونی گیدنز*. حسن چاوشیان تهران: ققنوس.

- کاظمینی، محمد و علیرضا حیدری. (۱۳۸۳). *شبکه فراهم آوری اعضای پیوندی ایران به انضمام سیمای پیوند کلیه در ایران*. تهران: وزارت بهداشت. درمان و آموزش پزشکی. معاونت سلامت. مرکز مدیریت پیوند.

- گیدنز، آنتونی. (۱۳۷۷). *پیامدهای مدرنیت*. محسن ثلاثی. تهران: نشر مرکز.

- گیدنز، آنتونی. (۱۳۸۴). *مسائل محوری در نظریه اجتماعی: کنش، ساختار و تناقض در*

تحلیل اجتماعی. محمد رضایی. تهران: سعاد.

- گل‌نژاد، توران. (۱۳۷۴). *بررسی میزان آگاهی، نگرش و عملکرد کارکنان بخش درمانی بیمارستان‌های شهر تهران در مورد پیوند اعضا و اهدای عضو*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم پزشکی.

- لاریجانی، باقر. (۱۳۷۸). *نگرش جامع به پیوند اعضا*. تهران: بنیاد امور بیماری‌های

خاص.

- لاریجانی، باقر. (۱۳۸۲). *پیوند اعضا*. تهران: انتشارات برای فردا.

- لنکرانی، محمد فاضل. (۱۳۷۵). *جامع المسائل*. قم: مطبوعاتی امیر.

- مکارم شیرزای، ناصر. (۱۳۸۴). رساله توضیح المسائل. قم: قدس.
- مرکز مدیریت پیوند و بیماری‌های خاص. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. قانون پیوند اعضای بیماران فوت شده یا بیمارانی که مرگ مغزی آنان مسلم است.

<http://www.iranransplant.org/itp-r/ro7.htm>

- ویر، ماکس. (۱۳۷۴). اقتصاد و جامعه. عباس منوچهری و دیگران. تهران: انتشارات مولی.
- وزارت بهداشت. درمان و آموزش پزشکی. آیین‌نامه اجرایی قانون پیوند اعضای فوت شده یا بیمارانی که مرگ مغزی آنان مسلم است. آدرس اینترنتی:

- Bagheri, A . & Others. (2003), *Brain Death and organ Transplantation: Knowledge, attitudes and practice among Japanese students* , Eubios Journal of Asian and International Bioethics, Vol.13, pp. 3-6.

- Bilgel, H. (2004). *A survey of the public attitudes towards organ donation in a Turkish Community and of the changes that have taken place in the 12 years*, Transpl Int, Vol.17, pp.126-130.

- Kazemeyni, M & others.(2004) "*Worldwide Cadaveric organ danation systems* (Transplant organ procurement)", Urology Journal, Vol.1, No.3, pp.157-164.

- Mahawar, K. *Attitude and awareness towards organ transplant in Scottish highlands*. The Royal College of Surgeons of Edinburgh Surgical Knowledge and skills website.

- Martinez,J . & Others. (2001). *Organ donation and family decision-making within* the Spanish donation system Social Science & Medicine, Vol. 53, pp. 405-421.

- Sanner, M. A. (2002). "*A Swedish survey of youngpeople s views on*

organ donation and transplantation", *Transpl Int* , Vol.15 , pp.641-648.

- *South Asian Development partnership-organ donation*. (1998). An exploratory study examining the influence of Religion on attitudes towards organ Donation among the Asian population in Luton, UK , *Nephrology dialysis and Transplantation*, Vol. 13, pp.1949-1954

