

نقش عوامل اجتماعی و فرهنگی در اهدای عضو در بین شهروندان منطقه کاشان

دکتر محسن نیازی^۱، محمد شیرازی^۲

چکیده

امروزه پیوند اعضا و پیشرفت‌های پزشکی پیرامون آن به عنوان یکی از مهمترین دستاوردهای بشری در نجات جان بسیاری از انسان‌ها به شمار می‌آید. پیوند به مفهوم انتقال سلول بافت یا عضو زنده از یک فرد به فرد دیگر به نحوی که عملکرد آن محفوظ بماند به عنوان درمان قطعی برخی از بیماری‌های تهدید کننده حیات شناخته می‌شود. علی‌رغم نتایج موفق پیوند اعضا، کمبود عضو و عدم آمادگی افراد برای اهدای عضو به عنوان چالش اساسی پیوند به شمار می‌آید. در این مطالعه، نقش عوامل اجتماعی و فرهنگی مانند عدم آگاهی، نوع باورهای دینی، اعتماد به حرفه پزشکی، پایگاه اقتصادی و اجتماعی و مانند آن در آمادگی افراد برای اهدای عضو مورد بررسی قرار گرفته است.

این تحقیق از نوع پیمایش اجتماعی (Social Survey) بوده و برای جمع‌آوری داده‌های تحقیق از تکنیک پرسشنامه توأم با مصاحبه استفاده شده است. ابزار تحقیق پرسشنامه استاندارد مؤسسه تحقیقات جنت کریزل تراست می‌باشد. همچنین از برنامه کامپیوتری SPSS و فعالیت‌های آماری مربوطه برای تجزیه و تحلیل داده‌های تحقیق استفاده شده است. جامعه آماری تحقیق شهروندان شهر کاشان در سال ۱۳۸۷ می‌باشند که با استفاده از فرمول نمونه‌گیری کوکران تعداد ۳۴۶ نفر به عنوان حجم نمونه انتخاب و مورد بررسی قرار گرفته‌اند.

نتایج تحقیق و فعالیت‌های آماری مربوطه نقش عوامل عدم آگاهی افراد از مرگ مغزی و پیوند عضو، باورهای سنتی مذهبی و عدم اعتماد به سازمان پزشکی در عدم آمادگی آنان برای اهدای عضو را نشان می‌دهد. همچنین یافته‌های تحقیق و نتایج آزمون کالسنور بین متغیرهای جنس، سن، سطح تحصیلات و پایگاه اقتصادی و اجتماعی افراد با میزان آگاهی آنان از کارت اهدای عضو در سطح اطمینان ۹۹ درصد همبستگی نشان می‌دهد.

واژگان کلیدی: پیوند اعضا، اهدای عضو، مرگ مغزی، کارت اهداء، باورهای دینی.

^۱ دانشیار گروه جامعه‌شناسی دانشکده علوم انسانی دانشگاه کاشان (نویسنده و عهده‌دار مکاتبات) niazim@kashanu.ac.ir

^۲ دانشجوی دکتری رشته جامعه‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات

مقدمه

اهدای عضو و بافت، پس از مرگ مغزی، موضوع اصلی مورد توجه در این پژوهش است. اهدای عضو و بافت، نوعی کنش اجتماعی است که بر اساس تصمیم و رضایت فرد در زمان حیات وی و همچنین بر اساس رضایت خانواده وی در زمان مرگ مغزی به خارج کردن اعضاء و بافت‌ها از فرد مرگ مغزی و با بخشیدن آن به یک فرد نیازمند، تحقق می‌پذیرد. پیوند اعضاء یکی از روش‌های جدید درمان انواع بیماری‌های لاعلاج است که ایده آن از قدیم الایام مطرح بوده است (رضوی، ۱۳۷۸، ص ۱۰۳).

مهم‌ترین مسأله در بررسی پیوند اعضاء نحوه فراهم آوری اعضاء پیوندی است. یکی از راه‌های تأمین اعضاء حیاتی برای بیماران نیازمند، استفاده از اعضاء 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 اعضاء مشابه هستند که می‌توان این اعضاء را در اختیار بیماران نیازمند قرار داد (عبداللهی و شکرایی‌فرد، ۱۳۸۶، ص ۳). با توجه به نتایج موفق پیوند اعضاء، چالش کمبود عرضه عضو جایگزین و کمبود عضو به طور چشمگیر وجود دارد. امروزه کاندیدا نشدن افراد برای اهدای عضو و نقش کادر بهداشتی، درمانی در آموزش عمومی (مردم) از جمله مسائلی مهم در این امر می‌باشند.

در کشورهای مختلف با تصویب قوانین مربوط به مرگ مغزی و با تبلیغات گسترده‌ای که در خصوص اهدای عضو پس از مرگ انجام می‌گیرد، اعضاء بیماران دچار مرگ مغزی به عنوان مهم‌ترین منبع تعیین کننده عضو به بیماران نیازمند اهدای عضو، پیوند زده می‌شود. در کشورهای مختلف، با توجه به ارزش‌ها و هنجارها و بافت فرهنگی خود، به گونه‌ای با مسئله مرگ مغزی و پیوند اعضاء برخورد نموده و این مشکل را به شکل خاص و منطبق با فرهنگ حاکم بر جامعه حل نموده است (www.irantransplant.org).

پیوند اعضاء در اکثر مناطق دنیا از جمله کشورهای آسیایی قابل انجام بوده و از جنبه‌های مختلف پیشرفت‌های عظیمی پیدا کرده است. فراوانی پیوند اعضاء در آمریکا و اروپا در سه دهه اخیر افزایش چشمگیری داشته است. مثلاً در آمریکا پیوند قلب حدود ۱۷ درصد بین سال‌های ۱۹۶۸ تا ۱۹۸۶، ۱۸

نقش عوامل اجتماعی و فرهنگی در اهدای عضو در بین شهروندان منطقه کاشان ۵۳

درصد بین سال‌های ۱۹۸۲ تا ۱۹۹۰ و ۸ درصد بین سال‌های ۱۹۹۱ تا ۱۹۹۴ افزایش نشان داده است. این افزایش در رابطه با پیوند ریه بین ۱۹۹۱ تا ۱۹۹۲، ۳۲ درصد بوده است (دار، ۱۹۹۹).

علیرغم این افزایش در کشور آمریکا ۲۰۰۰۰ نفر سالانه دچار مرگ مغزی بر اثر تروما می‌شوند که فقط ۱۵ درصد آنها به عنوان عضو دهنده مرده محسوب می‌شوند. به عبارت دیگر ۳۴۰۰۰ کلیه، ۱۷۰۰۰ قلب و ریه و کبد و پانکراس از بین می‌رود (میرز، ۱۹۸۵: ۲۵۴). بررسی سال ۱۹۸۷ همچنین نشان می‌دهد که فقط درصد ناچیزی از افرادی که دچار مرگ مغزی می‌شوند کاندیدای اهدای عضو می‌گردند که این رقم جوابگوی نیاز نمی‌باشد (اسمیت و دیگران، ۱۹۹۱، صص ۵-۷).

در مورد اهمیت پیوند اعضا باید گفت امروزه پیوند اعضا به عنوان درمان قطعی برخی از بیماری‌های تهدید کننده حیات، نقایص ژنتیکی و بدخیمی‌ها شناخته شده است. از این رو جهت تأمین عضو پیوندی از منابع مختلف نظیر داوطلبان زنده، نوزادان آنانسفال، جسد، حیوانات و بیماران مبتلا به مرگ مغزی استفاده می‌شود. با توجه به محدودیت داوطلبان دهنده عضو، نوزادان آنانسفال و همچنین تغییرات نامطلوب در جسد و وجود ساختار ژنتیکی متفاوت بین انسان و حیوانات، بیماران در انتظار پیوند با محدودیت‌های فراوانی مواجه شده‌اند. بنابراین بیماران مبتلا به مرگ مغزی به عنوان یک منبع مهم جهت اهداء عضو مطرح گردیده‌اند (کاشفی و حیدری، ۱۳۷۸، ص ۱۰۹).

پیوند از جسد به عنوان یکی از اصلی‌ترین منابع تأمین عضو مطرح است. اساس استدلال در ارجحیت این روش بر این اصل استوار است که نیاز فرد با استفاده از اعضای تأمین می‌شود که سرنوشتی جز از بین رفتن ندارند، بنابراین کاربرد آنها در جهت سلامت دیگران، نوعی بازیافت منابع است و بر دریافت عضو از فرد زنده ارجحیت دارد. بخصوص آن که بسیاری از اعضا قابل دریافت از فرد زنده نیستند و منبع منحصر به فرد آنها، جسد می‌باشد. در واقع بدون وجود چنین مبنایی یعنی نیاز به نجات جان دیگری یا بهبود سلامت وی، هر گونه دستکاری در جسد و جدا کردن اعضا از آن توجیه منطقی ندارد (لاریجانی، ۱۳۸۲، ص ۲۶۷).

در کشور ایران حدود ۷۰۰۰ نفر بیمار کلیوی فقط تحت پوشش انجمن حمایت از بیماران کلیوی قرار دارند و هر ساله صدها نفر به دلیل نارسایی کلیوی و عدم دستیابی به کلیه پیوندی می‌میرند و هزاران نفر

به مدد دستگاه‌های دیالیز علاوه بر هزینه سرسام آور، زندگی مشقت باری را می‌گذرانند (لاریجانی، ۱۳۷۸، ص ۲۴) در ایران سالانه بیش از ده هزار مرگ مغزی در اثر سوانح و تصادفات رخ می‌دهد و کمتر از ۱۰ درصد آنان جزء اهدا کنندگان اعضاء می‌باشند، تعداد پیوند اعضاء در کشورمان بدلیل کمبود اعضایی قابل پیوند بسیار پایین‌تر از اروپا و آمریکا بوده و هر ساله هزاران نفر جان خود را از دست می‌دهند.

یکی از محدودیت‌هایی که در موضوع پیوند وجود دارد پیدا کردن « دهنده» مناسب می‌باشد. اگر موضوع دهنده‌های داوطلب را که دارای محدودیت‌هایی می‌باشد کنار بگذاریم، منابع باقی مانده استفاده از « تازه وفات یافتگان» و یا « در حال فوت شوندگان» می‌باشد (ملک‌زاده، ۱۳۷۱، صص ۱۰-۱۱). باید توجه داشت که همه مبتلان به مرگ مغزی در دسترس بیمارستان‌های پیوند عضو نیستند. تنها عده‌ای از مبتلایان به مرگ مغزی، ساعات آخر عمرشان را در بخش‌های مراقبت ویژه می‌گذرانند. پس عملاً همین عده هستند که می‌توانند منبع تدارک عضو باشند و باز این عده هم باید تعدادی را به خاطر سن، شرایط جسمی و وجود بیماری‌های مختلف خارج ساخت (عباسی، ۱۳۸۲، صص ۵۰-۵۱).

پایین بودن میزان اهدای عضو با توجه به میزان بالای مرگ مغزی، از مشکلات و مسائل مهم ساماندهی پیوند اعضاء و بافت به شمار می‌رود. فرایند اهدای عضو به عنوان یک کنش اجتماعی، تحت تأثیر عوامل گوناگون از جمله عوامل اجتماعی - فرهنگی است و بدون شناخت عوامل و موانع اهدای عضو، حل مسأله کمبود اعضای پیوندی امکان‌پذیر نمی‌شود.

هدف اصلی این مقاله شناسایی نقش عوامل اجتماعی و فرهنگی چون میزان آگاهی مردم از مسأله مرگ مغزی و پیوند اعضا، نوع باورهای مذهبی، اعتماد به حرفه پزشکی و نیز شناخت نقش عوامل پایگاه اقتصادی و اجتماعی و سطح تحصیلات برای اهدای عضو می‌باشد.

مباحث نظری

۱- تعریف

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، ص ۷۶). پیوند از جسد به عنوان یکی از مهم‌ترین و اصلی‌ترین منابع تأمین عضو مطرح است. ارجحیت این روش بر این اساس استوار است که نیاز فرد با استفاده از اعضای تأمین

نقش عوامل اجتماعی و فرهنگی در اهدای عضو در بین شهروندان منطقه کاشان ۵۵

می شود که سرنوشتی جز از بین رفتن ندارند. پیوند در حقیقت انتقال یک عضو یا بافت زنده به بدن فرد بیمار یا آسیب دیده، برای حفظ سلامت او و کاهش ناتوانی های او می باشد.

از آنجا که بحث پیوند، ارتباط تنگاتنگی با انسان و حیات او دارد و با توجه به اینکه مذاهب، فلسفه- های اخلاقی مختلف و سنن اجتماعی، دیدگاه های ویژه و متفاوتی در مورد انسان، جسم و روح او داشته و دارند، لذا، موضوع پیوند عضو و بافت منشأ بحث های فراوان اخلاقی، فلسفی و حقوقی در جهان بوده است (لاریجانی، ۱۳۸۲، ص ۱).

در حال حاضر فراورده های پیوندی آلوگراف (انسانی) در درمان بسیاری از بیماری ها به عنوان بهترین و تنها راه ممکن انتخاب می شود. این نسوج و اعضاء از افرادی برداشته می شود که مرگ مغزی آنها از طرف پزشکان تأیید شده باشد و برداشت نسوج و اعضاء با وصیت و رضایت فرد (وصیت نامه قانونی، کارت اهدای عضو و آگاه کردن خانواده در زمان حیات) و با رضایت وارث قانونی امکان پذیر می شود (عبداللهی و شکرایی فرد، ۱۳۸۶، ص ۳۶).

امروزه یکی از دلایل اساسی اهمیت یافتن مرگ مغزی پدیده ای به نام پیوند اعضاء است. یکی از راه های تأمین اعضاء حیات بخش به بیماران نیازمند، پیوند اعضاء سالم مبتلایان به مرگ مغزی به رغم از بین رفتن اعمال حیات مغزشان است و می توان این اعضاء را در اختیار چند بیمار نیازمند قرار داد (لاریجانی، ۱۳۸۲، صص ۲۰۳-۲۰۱).

مرگ مغزی عبارت از قطع غیر قابل برگشت کلیه فعالیت های مغزی کورتیکال- ساب کورتیکال و ساقه مغزی بطور همزمان منطبق با شرایط و مشخصه های بالینی و پاراکلینیک عنوان شده در بندهای مرتبط با رعایت تبصره های ملحوظ است. به عبارت دیگر، در مرگ مغزی بیمار فعالیت های قشر و ساقه مغز خود را از دست داده و فاقد تنفس و پاسخ به تحریکات داخلی و خارجی می باشد و در حالت اغمای کامل به سر می برد. در این شرایط احتمال بازگشت فعالیت های مورد اشاره مطلقاً وجود نداشته و بیمار دارای ضربان خودکار قلب بوده که ادامه این ضربان هم به کمک دستگاه تنفس مصنوعی به طور موقت به مدت چند ساعت تا حداکثر چند روز مقدور می باشد (سمینار مرگ مغزی و پیوند اعضاء، ۱۳۷۷).

در سال ۱۹۶۸ دانشگاه هاروارد بر مبنای مطالعه پرونده‌های گذشته و با توجه به پیشرفت‌های فنی به دست آمده، مرگ مغزی را به معنی از دست رفتن کامل فعالیت مغزی و از جمله ساقه مغز تعریف کرد (هابرال و دیگران، ۱۹۹۶، ص ۳۸۲).

یکی از مسائل مهمی که در ارتباط با پیوند مطرح است و تأثیر عمیقی بر آن می‌گذارد، تعریف مرگ و بخصوص قبول اصطلاحی به نام «مرگ مغزی» است. در حال حاضر در بیشتر کشورهای دنیا بخش اعظم عضو پیوندی از جسد تأمین می‌شود و در میان آنها، شایع‌ترین روش تأمین عضو، از اجساد است که در حالت مرگ مغزی قرار دارند.

در دیدگاه سنتی، مردم هنگام بحث از مرگ، علایمی چون سرد شدن بدن و از کار افتادن اعضای حیاتی (قلب و ریه) را به عنوان علامت مرگ محسوب می‌نمایند. طبیعی است که با این دیدگاه، تعریف مرگ مغزی و دریافت عضو پیوندی از فرد دچار مرگ مغزی، مخالفت عمیقی را برانگیزد (لاریجانی، ۱۳۸۲، ص ۳۴۴).

از نظر دانش پزشکی «مرگ» به طور کلی به توقف غیر قابل برگشت اعمال تنفسی و گردش خون یا توقف غیر قابل برگشت تمام اعمال مغز از جمله ساقه مغز اطلاق می‌شود که دارای علائم و نشانه‌های خاصی است (عباسی، ۱۳۸۲، ص ۵۲).

۲- تاریخچه

پیوند اعضای بدن انسان به اشکال مختلف سابقه‌ای دیرینه دارد که به هزاران سال قبل باز می‌گردد، چنین عملیاتی به صورت ابتدایی در تمدن‌های چینی، هندی، مصری، بابلی و عصر اسلام وجود داشته است (بار، ۱۴۱۴، ص ۵۴).

پیوند اعضاء همواره از آرزوهای دیرینه بشر بوده و حتی در قدیمی‌ترین آثار ایران و جهان، مجسمه‌ها و تصاویری از پیوند سر انسان به بدن حیوانات، یا انواع و اقسام این گونه تجلیات فکری به چشم می‌خورد. برخی از انواع پیوند، از جمله پیوند پوست و انتقال خون که نوعی پیوند عضو محسوب می‌شود، از زمان‌های قدیم انجام می‌شده است. در قرن دوم قبل از میلاد جراحان چینی فرضیه پیوند بعضی بافتها و اعضاء را ارائه دادند، اما چون شرایط جراحی در آن زمان مناسب نبود، این امر بیشتر به یک افسانه شباهت داشت (لاریجانی، ۱۳۷۸، صص ۲۳-۱۵).

نقش عوامل اجتماعی و فرهنگی در اهدای عضو در بین شهروندان منطقه کاشان ۵۷

اولین گزارش قابل اعتماد جراحی پیوند در سال ۱۸۲۳ می‌باشد که جراح آلمانی بانگر، جراحی پلاستیکی را روی بینی زنی با استفاده از گرفت پوستی ران او انجام داد (www.donorfoundation.org). پس از پیوند کلیه، برای اولین بار در سوم دسامبر ۱۹۶۷ نخستین پیوند قلب انسانی به انسان دیگر توسط کریستین برنارد انجام شد، اما اولین انسان با قلب پیوندی، پس از هجده روز در اثر پیشرفت بیماری عفونی درگذشت. این جراح در دوم ژانویه ۱۹۶۸ برای دومین بار قلب انسانی را به انسان دیگر پیوند می‌زند که این پیوند با موفقیت رو به رو گردید (برژه و بولون، ۱۳۷۰، ص ۹۵). عمل پیوند قلب، افکار عمومی جهان را به جوش و خروش انداخت و با انجام پیوند قلب، تغییری در مفهوم قدیمی مرگ که بر اساس آن مرگ صد در صد مربوط به قلب بود، ایجاد شد و موجبات ظهور نظریه مرگ مغزی فراهم آمد (برژه و بولون، ۱۳۷۰، ص ۹۶). مرحله حیات عضوی نشان داد که ممکن است انسان بمیرد، ولی اعضاء و اندام‌های بدن او مانند قلب، کلیه و کبد با وجود شرایط مناسب زیستی تا مدت‌های طولانی به حیات خود ادامه دهند و به اثبات رسیده است که حیات اعضاء به منزله زنده بودن شخص صاحب عضو نیست و حرکت قلب متوفای مغزی، مانند حرکت حیوان بعد از سر بریدن است. با بطلان کانون بودن قلب برای روح حیوانی اثبات شد که مرگ انسان منسوب به مرگ مغز است نه مرگ قلب (www.irantransplant.org). در زمینه تاریخچه پیوند اعضاء در ایران باید گفت پیوند اعضاء و بافت در ایران قدمتی دیرینه دارد. برخی از محققان عقیده دارند که ابن سینا برای اولین بار به بخیه اعصاب پرداخته است (معاونت امور فرهنگی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۷۰، ص ۳۲۹). همچنین، سید اسماعیل جرجانی در کتاب ذخیره خوارزمشاهی ذکر می‌کند که جایگزینی استخوان سگ به جای استخوان شکسته انسان باعث التیام می‌گردد (آقاخان، ۱۳۷۴، ص ۲). اما آنچه در بررسی تاریخچه پیوند اعضاء در ایران واضح است انجام پیوند از دهه ۱۳۱۰ می‌باشد.

اولین پیوند کلیه در ایران در سال ۱۳۴۷ هجری شمسی در شیراز انجام گرفت و در مدت دو سال ۹ مورد پیوند کلیه انجام شد. در آن موقع بررسی‌های ایمنولوژیک در ایران امکان پذیر نبود و فقط دهنده کلیه از میان فامیل بیمار انتخاب می‌شد (کجیاف‌زاده، ۱۳۶۲، ص ۳۵۸).

در سال ۱۳۷۳ هیئت دولت لایحه‌ای را با عنوان اجازه پیوند اعضای بدن فوت شده به مجلس شورای اسلامی ارائه نمود که طی آن استفاده از اعضای بدن کسانی که فوت کرده یا دچار مرگ مسلم مغزی شده‌اند، برای پیوند به بدن بیماران نیازمند در صورت حصول شرایط، مجاز است. لایحه مزبور به دلیل ضعف تنظیم و کاستی‌های آن و ابهاماتی که در اذهان برخی از نمایندگان مجلس چهارم وجود داشت، به تصویب مجلس شورای اسلامی نرسید (تقوی، بی تا، صص ۲۲۰-۲۰۷).

۳- دیدگاه‌های نظری

مسئله پیوند اعضا به سبب عوامل اجتماعی متعددی که در آن تأثیر می‌گذارند، بسیار پیچیده است. از جمله این عوامل، مذهب، فرهنگ، سنت‌های جامعه، نکات اخلاقی و حقوقی جدا کردن عضو از بدن انسان زنده، تعریف مرگ مغزی و جدا سازی اعضا از جسد هستند. اولین موفقیت‌ها در امر پیوند، با موجه‌های اولیه توجهات اخلاقی از سوی عموم مردم و نیز خواص جامعه در مورد طب و علوم مدرن همراه شده است که با توجه به فرهنگ و اعتقادات مردم در جوامع مختلف، بازتاب‌ها و نتایج متفاوتی داشته است. در این بخش دیدگاه‌های مذهبی، حقوقی و اجتماعی در مورد پیوند اعضا مورد بحث قرار گرفته‌اند.

۱-۳) پیوند اعضا از دیدگاه مذاهب

سنن مذهبی در ساختار فرهنگی جوامع و در تفکر و عملکرد مردم بسیار تأثیرگذار است. دیدگاه مذاهب در این ارتباط غالباً مربوط به جایگاه انسان در نظام ارزشی آنهاست؛ چرا که پیوند اعضا ارتباط تنگاتنگی با جسم انسان و تصمیم‌گیری‌های مربوط به آن دارد. مهم‌ترین مسئله مذهبی مربوط به مخالفت با پیوند اعضا پیرامون موارد ذیل صورت گرفته است.

حرمت تعزیر به نفس: آیات و روایات معتبری وجود دارند که بر حرمت به خطر انداختن جان انسان‌ها (تعزیر به نفس) دلالت دارند (نظری توکلی، ۱۳۸۱، ص ۲۰).

حرمت مثله کردن بدن انسان: دلیل دیگری که بر حرمت قطع عضو بدن اقامه می‌شود، حرمت مثله کردن است. در این دیدگاه، دلیل عمده مخالفان برداشت عضو از مردگان و پیوند آن به بیماران نیازمند این است که شکافتن بدن مرده و بریدن اعضای او، هتک حرمت میت مسلمان است (عاملی، ۱۳۰۹، ص ۲۴۹).

نقش عوامل اجتماعی و فرهنگی در اهدای عضو در بین شهروندان منطقه کاشان ۵۹

حرمت قطع اعضای مرده: ادله‌ای که ممکن است بر حرمت قطع عضو بدن مرده دلالت کند شامل: حرمت جنایت بر مرده، حرمت مثله کردن مردگان و وجوب دفن مردگان می‌باشد (نظری توکلی، ۱۳۸۱، ص ۲۱). در این نگرش، برداشت عضو در حکم مثله است و مثله به اتفاق علما و فقهای امامیه و غیر امامیه حرام است.

عدم جواز تأخیر دفن: برداشتن اعضای بدن مردگان به منظور پیوند در زمان مناسب مستلزم تأخیر دفن است و حال آنکه دفن مرده واجب است و تأکید بسیاری بر تجهیز و تسریع در دفن مرده مسلمان شده است و تأخیر طولانی در این امر جایز نیست.

حرمت آتانازی: حکم به مرگ مغزی و برداشت عضو از مردگان مغزی به منظور پیوند به بیماران، مستلزم مرگ از روی ترحم (آتانازی) است و آتانازی شرعاً حرام است. آتانازی که در فارسی از آن به قتل از روی ترحم و بیمارکشی با ترحم یاد می‌شود به منظور کوتاه کردن مدت درد و رنج بیمار لاعلاجی که در حال حاضر بر اساس علم پزشکی هیچ امیدیه به شفا و یا بهبودش وجود ندارد، صورت می‌گیرد (امینی، ۱۳۷۲، ص ۱۲).

به طور کلی مهم‌ترین دلایل مخالفان مغایر دانستن عمل پیوند با مسائل شرعی، بی‌ثمر دانستن عمل پیوند با سیر طبیعی حیات و مرگ، نبود سازمانی مشخص برای پیشگیری از سوء استفاده از پیوند اعضا، کمبود متخصص و تجهیزات کافی می‌باشد.

امام خمینی (ره) در سال ۱۳۴۳ عمل پیوند را مجاز و صحیح شمرده است (آقاخان، ۱۳۷۴). بعضی از علمای اسلامی ضمن اشاره به احترام بدن انسان و تأکید بر اینکه نباید بدن انسان (مرده یا زنده) دچار آسیب شود، اشاره کرده‌اند که استفاده از بدن انسان در راهی که مورد رضایت خداوند است، مجاز دانسته شده است.

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 رضایت دهنده عضو و عدم تهیه عضو از سایر منابع دیگر و با هدف عاقلانه و بدون پیامدهای از کار افتادگی کلی و مرگ دهنده است (عبداللهی و شکرایی‌فرد، ۱۳۸۶، ص ۶).

۲-۳) دیدگاه حقوقی

در مباحث حقوقی پیوند عضو، احراز مرگ دهنده‌ی عضو، نقطه اصلی چالش‌های حقوقی است. چرا که یکی از راههای تأمین اعضاء حیات بخش به بیماران نیازمند، پیوند اعضای سالم مبتلایان به مرگ مغزی است، زیرا مبتلایان به مرگ مغزی به رغم از بین رفتن اعمال حیاتی مغزشان، به علت جریان خون اندام‌هایی چون قلب، کلیه، کبد، ریه‌ها و پارانکراس آنها قابل استفاده در بدن نیازمند دیگری است (عباسی، ۱۳۸۲، صص ۵۲-۵۱).

یکی از مهمترین مسائلی که پیرامون پیوند از دهنده مرده وجود دارد، روش‌های کسب رضایت است. رضایت می‌تواند به سه شیوه اخذ شود: اول، رضایت آگاهانه^۱ که در زمان حیات اخذ می‌شود و یا فرد دارای کارت اهدای عضو است. ممکن است اطلاع از این نوع رضایت، به صورت وصیت کتبی و شفاهی به بستگان یا ثبت در کارت گواهینامه رانندگی باشد. دوم، رضایت فرض شده^۲ که موافقت هر فرد فوت شده برای اهدای عضو، رضایت کسب شده تلقی می‌شود، مگر آنکه خود وی قبلاً با آن مخالفت کرده باشد. سومین روش، پرسش ضروری است که در این روش، پزشکان بیمارستان از نظر قانونی مسئولیت دارند از وارث و اولیای قانونی متوفی در مورد تمایل به اهدای اعضای جسد، پرسش نمایند (لاریجانی، ۱۳۸۲، صص ۲۷۲-۲۶۹).

افزایش نیاز به اعضای پیوندی، موجب به وجود آمدن رویکردها و شیوه‌های متفاوت در کشورهای مختلف جهان در زمینه فراهم آوری اعضای پیوندی شده است. نظام‌های فراهم آوری اعضای پیوندی هر یک دارای مزیت‌های ویژه‌ای هستند و تفاوت‌های آنها در عملکرد و نرخ اهداء، ناشی از تفاوت‌های فرهنگی و ساختاری است (کاظمینی، ۲۰۰۴، ص ۱۵۷). شیوه اخذ رضایت، یکی از اساسی‌ترین موضوعات متمایز کننده شبکه‌های فراهم آوری در کشورهای مختلف است. در بررسی‌های به عمل آمده مشخص شده است که اهدای اعضاء در کشورهای با رضایت مفروض تقریباً ۵ درصد آسان‌تر است (کاظمینی و حیدری، ۱۳۸۳، ص ۱۷).

۳-۳) دیدگاه‌های جامعه‌شناختی

در مباحث اجتماعی، می‌توان نظریه‌های مختلفی در تبیین مسأله پیوند اعضاء مورد استفاده قرار داد.

نقش عوامل اجتماعی و فرهنگی در اهدای عضو در بین شهروندان منطقه کاشان ۶۱

دیدگاه‌های نمادگرا، در تحلیل کنش اجتماعی افراد، بیشتر روی عوامل ذهنی - نمادین از جمله باورها، ارزش‌ها، گرایش‌ها و ویژگی‌های شخصیتی آنان تأکید می‌نمایند. 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 این دلیل، در تحلیل کنش‌ها باید به ویژگی‌های ذهنی و جهان نمادین کنشگران، یعنی باورها، ارزش‌ها و گرایش‌های آنان توجه شود (عبداللهی، ۱۳۸۳، صص ۶۸-۶۷).

از دیدگاه ماکس وبر، کنش اجتماعی، آن رفتار انسانی است که دارای معانی ذهنی خاص باشد، همچنین شخص عامل رفتار دیگران را نیز در معانی ذهنی خود منظور نماید و رفتار خویش را با توجه به آن، جهت دهد (وبر، ۱۳۷۴، ص ۴). در نظریه وبر، 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 (وبر، ۱۳۷۴، صص ۳۰-۲۸). بر اساس نظر وبر می‌توان گفت اهدای عضو نیز به عنوان یک کنش اجتماعی، تحت تأثیر متغیرهای فرهنگی و ذهنی قرار دارد.

جرج هربرت مید از بنیان دیدگاه کنش متقابل نمادی، در تحلیل کنش افراد بر مفهوم خود و پنداشت فرد از واقعیت تأکید دارد. بر اساس این دیدگاه، شیوه برخورد افراد با واقعیت‌ها، 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، ص ۶۸). بر اساس این دیدگاه، پنداشت‌های فرد تعیین‌کننده گرایش او نسبت به اهدای عضو است و در نهایت، گرایش به اهدای عضو تعیین‌کننده کنش مربوطه است.

بوردیو برای تبیین کنش اجتماعی، رابطه دیالکتیکی بین عین و ذهن برقرار می‌نمود و برای برقراری رابطه بین ساختارهای اجتماعی و ساخت‌های ذهنی مفاهیم عادت واره و زمینه را مطرح می‌نمود. 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 (بوردیو، ۱۳۸۱، ص ۳۶). بر اساس نظر بوردیو می‌توان گفت که بین افراد از لحاظ سرمایه کلی، تفاوت معنی‌دار وجود دارد و دارای پایگاه‌ها و عادت‌واره‌های 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.

۴- تحقیقات پیشین

تحقیقات تجربی پیرامون موضوع پیوند اعضا، عمدتاً بیشتر در حوزه علوم پزشکی و توسط پزشکان انجام شده است.

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 آگاهی-های 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 (south Ashan, Development partnership, organ donation ۱۹۹۸). در تحقیقی که مارتینز^۳ 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 تأثیرگذار بر رضایت خانواده در برداشت اعضای متوفی است (مارتینز و همکاران، ۲۰۰۱، صص ۴۲۱-۴۰۵). نتایج پژوهش مارگارت آ. سانر^۴ 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. همچنین او به رابطه معنادار و معکوس باورها و اعتقادات مذهبی با نگرش، اشاره کرده است (سانر، ۲۰۰۲، صص ۶۴۸-۶۴۱). علیرضا باقری و تاکاماسا تاناکا^۵ 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 نیز باورهای نادرست فرهنگی و مذهبی اشاره کرده‌اند (باقری و تاناکا، ۲۰۰۳). در بررسی

نقش عوامل اجتماعی و فرهنگی در اهدای عضو در بین شهروندان منطقه کاشان ۶۳

نگرش نسبت به اهدا و پیوند اعضاء که توسط هلیل بیلگل^۶ در سال ۲۰۰۲ انجام شد ارتباط معنی داری بین اهدای عضو با متغیرهای سن، جنس، سطح تحصیلات و پایگاه اجتماعی- اقتصادی مشاهده شده است (بیلگل، ۲۰۰۴).

ابوالفضل بهلولی در تحقیق خود پیرامون توجه به مسائل اخلاقی و ضرورت اهدای کلیه از دهنده زنده غریبه و بررسی آن در مرکز پیوند کلیه تبریز نشان داده است که از ۱۲۱۰ نفر ۷۹/۹ درصد موافق اهدای عضو در موقع مرگ مغزی بودند (بهلولی، ۱۳۷۳، ص ۲۸). 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 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 (شاهسون، ۱۳۷۶). شکور در بررسی میزان آگاهی و نگرش شهروندان تهرانی نسبت به پیوند اعضاء، به رابطه معنادار و مستقیم بین میزان تحصیلات و میزان آگاهی‌ها با نگرش آنان در این رابطه، اشاره کرده است (رضایی و شکور، ۱۳۷۹، صص ۲۸-۲۴).

علیرضا ظهور و مسعود بزرگ مقام در بررسی نگرش شهروندان تهرانی در ارتباط با اهدای عضو، به این نتیجه رسیده‌اند که تنها حدود ۶۴ درصد افراد تحت بررسی بازگشت به حیات را در مرگ مغزی غیر ممکن دانسته‌اند. حدود ۹۳ درصد این افراد با پیوند اعضاء از افراد با مرگ مغزی موافق بودند. نتایج این تحقیق همچنین نشان داده است که حدود ۸۸ درصد موافقین با پیوند اعضاء راضی به تکمیل و امضای فرم اهدای عضو بوده‌اند. همچنین دلایلی چون مغایر دانستن اهدای عضو با مسائل شرعی، بی‌ثمر 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

اعضاء و کمبود متخصص و تجهیزات کافی در کشور را از دلایل اصلی عدم تمایل شهروندان به اهدای عضو ذکر نموده‌اند (ظهور و بزرگ مقام، ۱۳۸۲، ص ۵۲).

وحیدی و همکارانشان در بررسی باورهای کادر مراکز بهداشتی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی تبریز در مورد اهدای عضو دریافتند که اکثریت قریب به اتفاق پاسخگویان اظهار داشتند که تا به حال درباره اهدای عضو فکر نکرده‌اند و تمایلی به اهدای عضو خویش نداشتند. این پژوهش نشان داد افراد با تحصیلات بالاتر، در صورت وقوع مرگ مغزی آمادگی بیشتری برای اهدای عضو دارند و رابطه معنی‌داری بین تحصیلات آکادمیک پزشکی و اهدای عضو وجود دارد. ترس از تکه تکه شدن پس از مرگ، ترس از عدم دریافت کافی خدمات درمانی و شتابزدگی کادر درمان در استفاده از عضو فرد دهنده عضو از دلایل عمده کاندیدا نشدن برای اهدای عضو می‌باشد. همچنین آگاهی مردم از پدیده اهدای عضو و مرگ مغزی می‌تواند به عنوان عامل تسریع کننده کاندیدا شدن برای اهدای عضو باشد (وحیدی و همکاران، ۱۳۸۲، ص ۸۲).

توکلی در بررسی شاخص‌های رضایت‌مندی در خانواده‌های موارد فوت شده مرگ مغزی در دو گروه اهدا کننده و غیر اهدا کننده، به موانعی چون اعتقاد به زنده ماندن فرد دچار مرگ مغزی، نارضایتی از سیستم درمانی، عوامل فرهنگی، عوامل مذهبی و باور به فروش اعضاء توسط نظام پزشکی، اشاره کرده است (توکلی، ۱۳۸۳). عزیزی نیز در بررسی شاخص‌های مؤثر بر رضایت خانواده‌های افراد دچار مرگ مغزی به موانعی چون ترس از حرف مردم از قبیل تهمت فروش جسد، عدم رضایت از رسیدگی و مراقبت‌های پزشکی، اعتقاد به معجزه، باورها و اعتقادات مذهبی، اشاره کرده است (عزیزی، ۱۳۸۴).

عبداللهی و شکرایی فرد در تحقیق جامعه‌شناختی اهدای عضو و بافت پس از مرگ مغزی در بین شهروندان تهرانی، نمونه‌ی آماری خود را که شامل ۳۲۰ نفر از شهروندان مسلمان تهرانی ۱۵ سال به بالا بود را به دو گروه اهدا کننده عضو و بافت (دارای کارت اهدای عضو) و غیر اهدا کننده انتخاب کردند. یافته‌های تحقیق نشان داده است که اهدای عضو با ویژگی‌های فردی (سن، جنس، میزان بهره‌مندی 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 خروجی- های نظام شخصیتی رابطه دارند؛ 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 برعکس با افزایش میزان بهره‌مندی 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 می‌باشند (عبداللهی و شکرایی‌فرد، ۱۳۸۶، صص ۳-۲).

با توجه به موارد و رویکردهای فوق، 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 عضو متأثر از حوزه‌های مختلف فرهنگ، مذهب، اخلاق، اقتصاد و... است. تعامل متقابل این حوزه‌ها، پژوهشگران را به مطالعات بین‌رشته‌ای در این زمینه علاقه‌مند نموده است. در بعد علمی، شناخت موانع اهدای عضو به ویژه موانع فکری، فرهنگی و اجتماعی، امری بسیار ضروری است. نتایج اینگونه تحقیقات می‌تواند برای تسهیل روند پدیده اهدای عضو در جامعه و رفع موانع اجتماعی آن مورد استفاده قرار گیرد.

روش‌شناسی

این مطالعه از نوع پیمایش اجتماعی^۷ بوده و برای گردآوری اطلاعات از روش پرسشنامه توأم با مصاحبه استفاده شده است. در این مطالعه برای بررسی موضوع پیوند اعضاء از پرسشنامه استاندارد مؤسسه جنت کریزل تراست^۸ استفاده شده است. پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها و کدگذاری پاسخ- های پاسخگویان، با استفاده از برنامه کامپیوتری SPSS داده‌های تحقیق مورد پردازش قرار گرفته و با استفاده از فعالیت‌های آمار توصیفی و تحلیلی، داده‌های پژوهش مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته‌اند.

فرضیه‌ها

۱. بین میزان اعتماد به حرفه پزشکی و میزان آمادگی افراد برای اهدای عضو رابطه وجود دارد.
۲. بین نوع نگرش‌های مذهبی افراد با میزان آمادگی افراد برای اهدای عضو رابطه وجود دارد.
۳. بین سطح تحصیلات افراد و میزان آمادگی افراد برای اهدای عضو رابطه وجود دارد.
۴. بین پایگاه اقتصادی و اجتماعی افراد و میزان آمادگی افراد برای اهدای عضو رابطه وجود دارد.

۵. بین سن افراد و میزان آمادگی افراد برای اهدای عضو رابطه وجود دارد.
۶. بین جنس و میزان آمادگی افراد برای اهدای عضو رابطه وجود دارد.
۷. بین میزان آگاهی افراد پیرامون اهدای عضو و میزان آمادگی افراد برای اهدای عضو رابطه وجود دارد.

تعریف مفاهیم

پیوند: انتقال سلول، بافت یا عضو زنده از یک فرد به فرد دیگر به نحوی که عملکرد آن محفوظ بماند، پیوند نامیده می‌شود (لاریجانی، ۱۳۸۲، ص ۷۶).

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

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

اهدا کنندگی: متغیری کیفی است که بر اساس تصمیم و رضایت فرد در زمان حیات وی و همچنین بر اساس رضایت خانواده وی در زمان مرگ مغزی به خارج کردن اعضاء و بافت‌ها از فرد مرگ مغزی و با بخشیدن آن به فرد نیازمند، مشخص می‌شود (توکلی، ۱۳۸۳، ص ۲۶).

جامعه آماری، روش نمونه‌گیری و حجم نمونه

جامعه آماری این پژوهش کلیه شهروندان ۱۵ سال به بالای ساکن شهرستان کاشان در سال ۱۳۸۷ می‌باشند. با استفاده از فرمول کوکران^۹ تعداد ۳۴۶ نفر به عنوان حجم نمونه تعیین و با استفاده از شیوه سهمیه‌ای تصادفی افراد نمونه انتخاب و مورد بررسی قرار گرفته‌اند.

یافته‌های تحقیق

الف) مشخصات فردی

یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد از مجموع ۳۴۶ پاسخگوی مورد بررسی، سن ۴۸ درصد از پاسخگویان کمتر از ۲۰ سال، ۲۷/۵ درصد در فاصله سنی ۲۰-۳۰ سال، ۱۲/۷ درصد ۳۱-۴۰ سال، ۸ درصد ۴۱-۵۰

نقش عوامل اجتماعی و فرهنگی در اهدای عضو در بین شهروندان منطقه کاشان ۶۷

سال و ۴/۲ درصد بیش از ۵۰ سال داشته‌اند. همچنین ۲۴/۳ درصد از پاسخگویان مرد و ۷۵/۷ درصد از آنها زن می‌باشد. یافته‌های تحقیق نشان می‌دهند که ۶۲/۴ درصد از پاسخگویان مجرد و ۳۷/۶ درصد از آنان متأهل می‌باشند. یافته‌ها در مورد تحصیلات پاسخگویان نشان می‌دهند که ۵/۸ درصد از آنان بی-سواد و ابتدایی، ۱۷/۷ درصد در سطح سیکل، ۵۱/۵ درصد دیپلم، ۲۳ درصد فوق دیپلم و لیسانس و ۱/۷ درصد بالاتر از لیسانس می‌باشد. داده‌های مربوط به وضعیت اشتغال پاسخگویان نشان می‌دهد ۶/۵ درصد از پاسخگویان بیکار، ۱/۴ درصد بازنشسته، ۱۲/۵ درصد شغل آزاد، ۱۲/۹ درصد کارمند، ۴۷/۷ درصد محصل و دانشجو و ۱۳/۲ درصد از آنان خانه‌دار می‌باشند. بر طبق یافته‌های تحقیق پایگاه اقتصادی-اجتماعی ۸/۷ درصد از پاسخگویان بسیار بالا، ۴۲/۸ درصد بالا، ۴۱/۹ درصد متوسط، ۳/۵ درصد پایین و ۳/۲ درصد از آنها بسیار پایین می‌باشد.

ب) میزان آگاهی از کارت اهدای عضو

در این مطالعه میزان آگاهی افراد از مرگ مغزی و پیوند اعضا به عنوان یکی از متغیرهای مهم در اهداء عضو در نظر گرفته شده است. در جدول زیر میزان آگاهی پاسخگویان از کارت اهداء عضو ارایه شده است.

جدول شماره (۱) توزیع فراوانی مطلق و نسبی میزان آگاهی پاسخگویان از کارت اهدای عضو در مرگ مغزی

مورد	فراوانی	درصد
آگاهی دارد	۱۰۸	۳۱/۲
آگاهی ندارد	۲۳۸	۶۸/۸
جمع	۳۴۶	۱۰۰

یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد اکثریت بالایی از پاسخگویان یعنی ۶۸/۸ درصد آنان از موضوع کارت اهدای عضو در مرگ مغزی هیچگونه آگاهی نداشته‌اند و تنها ۳۱/۲ درصد آنان در مورد کارت اهداء عضو آگاهی داشته‌اند.

در جدول شماره ۲ طریقه آگاهی پاسخگویان از کارت اهدای عضو نشان داده شده است.

جدول شماره (۲) توزیع فراوانی مطلق و نسبی طریقه آگاهی از کارت اهدای عضو

درصد	فراوانی	موارد
۱۱	۳۸	رسانه‌های گروهی
۵۸	۲۰	هلال احمر و بهزیستی
۹۸	۳۴	تبلیغات
۵۰۲	۱۸	سایر موارد
۶۸۰۲	۲۳۶	عدم آشنایی
۱۰۰	۳۴۶	جمع

داده‌های تحقیق نشان می‌دهد از مجموع ۳۱/۸ درصد پاسخگویان که با کارت اهدای عضو آشنایی داشته‌اند ۱۱ درصد آنان از طریق رسانه‌های گروهی، ۹/۸ درصد از طریق تبلیغات، ۵/۸ درصد از طریق هلال احمر و سازمان بهزیستی و ۵/۲ درصد نیز از طریق موارد دیگر نسبت به موضوع کارت اهدای عضو آگاهی پیدا کرده‌اند.

در مطالعه آگاهی شهروندان از کارت اهدای عضو، همبستگی بین آگاهی شهروندان از کارت اهدای عضو با ویژگی‌های فردی و اجتماعی آنان یعنی متغیرهای جنس، سن، سطح تحصیلات و پایگاه اقتصادی و اجتماعی خانواده مورد بررسی قرار گرفته است. در جدول شماره ۳ داده‌های تحقیق و فعالیت آماری مربوط به آن ارائه گردیده است.

جدول شماره (۳) آگاهی شهروندان از کارت اهدای عضو و مرگ مغزی به تفکیک جنس، سن، تحصیلات و پایگاه اقتصادی و اجتماعی

آگاهی از کارت اهدای عضو				ویژگی‌های فردی و اجتماعی	
آگاهی ندارد		آگاهی دارد			
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
۵۹/۵	۵۰	۴۰/۵	۳۴	مرد	جنس
۷۱/۴	۱۸۷	۲۸/۲	۷۴	زن	
۶۸/۸	۲۰۸	۳۱/۲	۱۰۸	کل	
$\chi^2 = 11/87$				Sig = 0.003	
				χ^2	آماره
۸۰	۱۲۰	۲۰	۳۰	کمتر از ۲۰ سال	
۴۶/۷	۴۲	۴۳/۳	۳۹	۲۰-۳۰ سال	
۳۸/۱	۱۶	۵۴/۸	۲۳	۳۱-۴۰ سال	
۴۶/۲	۱۲	۳۴/۶	۹	۴۱-۵۰ سال	
۸۵/۷	۱۲	۱۴/۳	۲	بیش از ۵۰ سال	
۶۸/۸	۲۰۲	۳۱/۲	۱۰۳	کل	

$\chi^2 = 42/289$ Sig=0/000				χ^2	آماره	
۷۵	۱۵	۲۵	۱۵	یسواد و ابتدایی سیکل دیپلم بالتر از دیپلم کل	سطح تحصیلات	
۶۹/۵	۴۱	۳۰/۵	۱۸			
۶۷/۲	۱۱۷	۳۲/۸	۵۷			
۳۱/۷	۲۶	۶۵/۱	۵۶			
۶۰/۴	۲۰/۸	۳۹/۶	۱۳۷			
$\chi^2 = 44/274$ Sig=0/000				χ^2	آماره	
۶۰	۱۸	۴۰	۱۲	بسیار بالا بالا متوسط پایین بسیار پایین کل	پایگاه اقتصادی- اجتماعی	
۶۱/۵	۹۱	۳۸/۵	۵۷			
۷۵/۶	۹۹	۲۳/۷	۳۱			
۷۵	۹	۲۵	۳			
۷۲/۷	۸	۲۷	۳			
۶۸/۵	۲۳۸	۳۱/۲	۱۰۸			
$\chi^2 = 17/43$ Sig=0/000				χ^2	آماره	

یافته‌های تحقیق در مورد جنس و آگاهی پاسخگویان از کارت اهدای عضو نشان می‌دهد ۴۰/۵ درصد مردان از کارت اهدای عضو آگاهی داشته‌اند، در حالیکه میزان آگاهی زنان به ۲۸/۲ درصد کاهش یافته است. نتایج آزمون کاسکوئر ($\chi^2 = 11/88$) در سطح اطمینان ۹۵ درصد معنی‌داری رابطه دو متغیر را نشان می‌دهد.

علاوه بر آن، مطالعه رابطه سن پاسخگویان و آگاهی آنان از کارت اهداء عضو نشان می‌دهد بیشترین میزان آگاهی از کارت اهداء عضو در گروه‌های سنی ۳۱-۴۰ سال و ۲۰-۳۰ سال به ترتیب ۵۴/۸ و ۴۳/۳ درصد مشاهده می‌شود. با افزایش سن افراد شاهد کاهش میزان آگاهی از کارت اهدای عضو می‌باشیم، به گونه‌ای که میزان آگاهی در گروه سنی ۴۱-۵۰ سال به ۳۴/۶ و در گروه سنی بیش از ۵۰ سال به ۱۴/۳ درصد کاهش یافته است. نتایج آزمون کاسکوئر ($\chi^2 = 42/289$) در سطح اطمینان ۹۹ درصد معنی‌داری رابطه دو متغیر فوق را تأیید می‌کند.

همچنین، جدول فوق رابطه سطح تحصیلات پاسخگویان و میزان آگاهی آنان از کارت اهدای عضو و مرگ مغزی را نشان می‌دهد. همانگونه که یافته‌های تحقیق نشان می‌دهند با افزایش سطح تحصیلات میزان آگاهی آنان نیز افزایش یافته است. این میزان در بین افراد یسواد و تحصیلات ابتدایی ۲۵ درصد، سیکل ۱۸ درصد، دیپلم ۳۲/۸ درصد و در بین افراد با تحصیلات بالاتر از دیپلم به بالاترین سطح خود

یعنی ۶۵/۱ درصد رسیده است. داده‌های تحقیق رابطه دو متغیر فوق را نشان می‌دهند. معنی‌داری رابطه دو متغیر از طریق آزمون χ^2 مورد بررسی قرار گرفته و نتایج آزمون ($\chi^2 = 44/274$) در سطح اطمینان ۹۹ درصد معنی‌داری دو متغیر را نشان می‌دهد.

در جدول شماره ۳ رابطه بین پایگاه اقتصادی و اجتماعی پاسخگویان با میزان آگاهی آنان از کارت اهدای عضو و مرگ مغزی نشان داده شده است. یافته‌های تحقیق بیانگر این امر است که میزان آگاهی در بین افراد پایگاه بالا و بسیار بالا به ترتیب ۳۸/۵ و ۴۰ درصد بوده است. این میزان در بین افراد با پایگاه پایین و بسیار پایین به ترتیب به ۲۵ و ۲۷ درصد کاهش یافته است. با توجه به داده‌های تحقیق درمی‌یابیم بیشترین میزان آگاهی از کارت اهداء عضو در بین افراد با پایگاه بالا و بسیار بالا مشاهده می‌شود. نتایج آزمون کاسکوئر ($\chi^2 = 17/43$) در سطح اطمینان ۹۹ درصد معنی‌داری رابطه دو متغیر پایگاه اقتصادی و اجتماعی و میزان آگاهی از کارت پیوند عضو و مرگ مغزی را نشان می‌دهد.

پ) میزان ثبت نام در سازمان‌های اهداء:

در این بخش میزان ثبت نام پاسخگویان در هر یک از سازمان‌های اهداء خون، عضو و بافت مورد بررسی قرار گرفته است. در جدول شماره ۴ داده‌های مربوط ارایه گردیده است.

جدول شماره (۴) توزیع فراوانی مطلق و نسبی پاسخگویان بر مبنای میزان ثبت نام در سازمان‌های اهداء

موارد		بلی		خیر		جمع	
فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
۴۳	۱۲.۴	۳۰۲	۸۷.۲	۳۴۶	۱۰۰	۳۴۶	۱۰۰
۷	۲	۳۳۹	۹۸	۳۴۶	۱۰۰	۳۴۶	۱۰۰
۳	۰.۹	۳۴۳	۹۹.۱	۳۴۶	۱۰۰	۳۴۶	۱۰۰
۳	۰.۹	۳۴۳	۹۹.۱	۳۴۶	۱۰۰	۳۴۶	۱۰۰

یافته‌های جدول فوق نشان می‌دهند بالاترین میزان ثبت نام پاسخگویان در سازمان خون با ۱۲.۴ درصد می‌باشد. همچنین ثبت نام در بخش اهداء عضو ۲ درصد و اهداء بافت و سلول در سطح کمتر از ۱ درصد یعنی ۰/۹ درصد می‌باشد.

نقش عوامل اجتماعی و فرهنگی در اهدای عضو در بین شهروندان منطقه کاشان ۷۱

جدول شماره (۵) میزان ثبت نام جهت دریافت کارت اهدای عضو به تفکیک جنس، سن، سطح تحصیلات و پایگاه اقتصادی و اجتماعی

ثبت نام در اهدای عضو				ویژگی های فردی و اجتماعی	
خیر		بلی			
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
۹۸.۸	۸۳	۱.۲	۱	مرد	جنس
۹۷.۷	۲۵۶	۲.۳	۶	زن	
۹۸	۳۳۹	۲	۷	کل	
$\chi^2 = 0/38$ Sig= 0/53				χ^2	آماره
۹۸.۸	۱۵۹	۱.۲	۲	کمتر از ۲۰ سال	سن
۹۴.۷	۸۹	۵.۳	۵	۲۰-۳۰ سال	
۱۰۰	۴۸	۰	۰	۳۱-۴۰ سال	
۱۰۰	۲۸	۰	۰	۴۱-۵۰ سال	
۱۰۰	۱۵	۰	۰	بیش از ۵۰ سال	
۹۸	۳۳۹	۲	۷	کل	
$\chi^2 = ۷/۵۲$ Sig=۰/۱۱				χ^2	آماره
۱۰۰	۲۰	۰	۰	بیسواد و ابتدایی	تحصیلات
۱۰۰	۵۹	۰	۰	سیکل	
۹۸.۹	۱۸۲	۱.۱	۲	دیپلم	
۹۴	۷۸	۶	۵	بالتر از دیپلم	
۹۸	۳۳۹	۲.۰	۷	کل	
$\chi^2 = ۱۳/۳$ Sig=۰/۲۰۴				χ^2	آماره
۱۰۰	۳۰	۰	۰	بسیار بالا	پایگاه اقتصادی اجتماعی
۹۷.۳	۱۴۴	۲.۷	۴	بالا	
۹۸.۶	۱۴۳	۱.۴	۲	متوسط	
۹۱.۷	۱۱	۸.۳	۱	پایین	
۱۰۰	۱۱	۰	۰	بسیار پایین	
۹۸	۳۳۹	۲.۰	۷	کل	
$\chi^2 = ۳/۹۰$ Sig=۰/۴۱				χ^2	آماره

در جدول فوق میزان ثبت نام پاسخگویان جهت دریافت کارت اهدا عضو به تفکیک جنس، سن، سطح تحصیلات و پایگاه اقتصادی و اجتماعی آنان ارایه گردیده است. یافته های تحقیق نشان می دهند میزان ثبت نام جهت دریافت کارت اهدای عضو در بین مردان ۱/۲ درصد و در بین زنان به میزان ۲/۳ درصد می باشد. همچنین این میزان در گروه سنی کمتر از ۲۰ سال ۱/۲ درصد و در گروه سنی ۲۰-۳۰ سال ۵/۳ درصد می باشد. در سایر گروه های سنی هیچ موردی از ثبت نام ارایه نشده است.

همچنین، میزان ثبت نام افراد با تحصیلات مختلف نشان می‌دهد افراد بیسواد و با تحصیلات پایین هیچگونه ثبت نام در این زمینه نداشته‌اند. افراد با تحصیلات دیپلم به میزان ۱/۱ درصد و بالاتر از دیپلم ۶ درصد جهت دریافت کارت اهدای عضو ثبت نام داشته‌اند.

یافته‌های مربوط به ثبت نام کارت اهدای عضو در بین افراد پایگاه‌های اقتصادی و اجتماعی مختلف نشان می‌دهد میزان ثبت نام در بین افراد پایگاه بالا، متوسط و پایین به ترتیب ۲/۷، ۱/۴ و ۸/۳ درصد بوده است. فعالیت‌های آماری مربوطه رابطه معنی‌دار بین متغیرهای مستقل، جنس، سن، تحصیلات و پایگاه اقتصادی و اجتماعی با میزان ثبت نام جهت دریافت کارت اهدای عضو را نشان نمی‌دهد.

ت نقش عدم آگاهی شهروندان از پیوند اعضاء در عدم اهدای عضو

در این مقاله برای بررسی نقش و اثرات عدم آگاهی شهروندان از مرگ مغزی و پیوند اعضاء در عدم آمادگی آنان برای اهدای عضو از هشت گویه در قالب طیف لیکرت استفاده شده است. در جدول شماره ۶ گویه‌های مربوطه ارایه گردیده است.

جدول شماره (۶) توزیع فراوانی مطلق و نسبی نقش میزان عدم آگاهی از پیوند اعضاء در عدم اهدای عضو

ردیف	گویه‌ها	کم		تاحدوی		زیاد
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
۱	اطلاعات کافی در این زمینه ندارم.	۱۱۴	۳۲.۹	۱۴۱	۴۰.۷	۲۶.۳
۲	در این مورد تبلیغات بد و نادرستی شده است.	۱۵۶	۴۵.۱	۱۱۷	۳۳.۸	۲۱.۱
۳	از انجام چنین کاری می‌ترسم.	۱۷۳	۵۰	۱۱۱	۳۲.۱	۱۷.۹
۴	می‌ترسم به سلامتی‌ام ضرر برساند.	۱۷۲	۴۹.۷	۱۱۴	۳۳	۱۷.۳
۵	فکر نمی‌کنم شرایط اهداء را داشته باشم.	۲۳۳	۶۷.۳	۸۶	۲۴.۹	۷.۸
۶	به نظر من عمل پیوند بی‌ثمر است.	۲۴۹	۷۲	۸۵	۲۴.۵	۳.۵
۷	عمل پیوند با سیر طبیعی حیات و مرگ مغز مغایر است.	۱۹۴	۵۶.۱	۱۲۳	۳۵.۶	۸.۴
۸	در کشور ما متخصص و تجهیزات جهت پیوند کافی نیست.	۱۴۱	۴۰.۸	۱۴۴	۴۱.۶	۱۷.۶

با توجه به شاخص‌های طیف نقش عدم آگاهی شهروندان در عدم آمادگی آنان به اهدای عضو، میزان تأثیر عدم آگاهی در عدم اهداء عضو به دست آمده است. روایی این طیف با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ^۱ مورد بررسی قرار گرفته و با توجه به مقدار آلفا که برابر با ۰/۷۶ است، در سطح قابل قبول قرار دارد. مجموع نمره‌های طیف برابر با ۲۴ و دامنه تغییرات در جامعه مورد مطالعه ۱۵ می‌باشد. پس از

نقش عوامل اجتماعی و فرهنگی در اهدای عضو در بین شهروندان منطقه کاشان ۷۳

تقسیم مجموع نمره‌های هر پاسخگو به تعداد گویه‌ها و تقسیم آن به سه مقوله با فواصل برابر، داده‌های جدول زیر حاصل گردیده است.

جدول شماره (۷) نقش میزان عدم آگاهی از پیوند اعضاء در عدم اهدای عضو

موارد	فراوانی مشاهده شده	درصد	فراوانی احتمالی	فراوانی احتمالی تجمعی	فراوانی تجمعی مشاهده شده	درصد تجمعی محتمل	درصد فراوانی تجمعی مشاهده شده	Fo(x)-Sn(x)
کم	۱۷۹	۵۱٫۷	۱۱۵٫۳	۱۱۵٫۳	۱۷۹	۳۳٫۳	۵۱٫۷	-۰٫۱۸۴
متوسط	۱۱۵	۳۳٫۳	۱۱۵٫۳	۲۳۰٫۶	۲۹۴	۶۶٫۶	۸۵	-۱۸٫۴
زیاد	۵۲	۱۵	۱۱۵٫۳	۳۴۶	۳۴۶	۱۰۰	۱۰۰	۰
جمع	۳۴۶	۱۰۰	۳۴۶	۳۴۶	۳۴۶	-	-	-

D= 0/18

CP=0/08

یافته‌های جدول فوق میزان تأثیر عدم آگاهی شهروندان از مرگ مغزی و پیوند عضو در عدم آمادگی آنان برای اهدای عضو را نشان می‌دهد. همچنانکه داده‌های جدول نشان می‌دهند میزان تأثیر عدم آگاهی در عدم اهدای عضو ۵۱/۷ درصد در حد کم، ۳۳/۳ درصد در حد متوسط و ۱۵ درصد به میزان زیاد می‌باشد.

معنی‌داری میزان تأثیر عدم آگاهی در عدم آمادگی اهداء عضو از طریق آزمون کالموگروف-اسمیرنوف^۱ (K-S) مورد بررسی قرار گرفته است.

CP=0/08

با توجه به اینکه D محاسبه شده جدول فوق (D = ۰/۱۸) بزرگتر از CP در سطح اطمینان ۹۹ درصد می‌باشد معنی‌داری تأثیر عدم آگاهی از پیوند اعضاء در عدم اهدای عضو از نظر آماری تأیید می‌گردد.

ث) نقش باورهای دینی در اهدای عضو

در این مطالعه برای بررسی تأثیر باورهای سنتی دینی در اهدای عضو از ۸ گویه در قالب طیف لیکرت استفاده شده است. در جدول شماره ۸ توزیع فراوانی مطلق و نسبی پاسخ‌های پاسخگویان به هر یک از گویه‌های مربوطه ارایه شده است.

آزمون کالموگروف-اسمیرنوف در ارزیابی همقارگی در مورد متغیرهای رتبه‌ای به کار می‌رود. اگر مقدار محاسبه شده D مساوی با مقدار جدول یا بیشتر از آن باشد H0 رد می‌شود (ماسی، ۱۹۵۱).

جدول شماره (۸) توزیع فراوانی مطلق و نسبی نقش باورهای سنتی دینی در عدم اهدای عضو

گویه‌ها (۱-۸)	کم		تاحدوی		زیاد	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
۱	۲۴۳	۷۰.۲	۸۴	۲۱.۳	۲۹	۸.۴
۲	۲۱۹	۶۳.۳	۸۷	۲۵.۲	۴۰	۱۱.۶
۳	۱۸۵	۵۳.۵	۱۰۱	۲۹.۲	۶۰	۱۷.۳
۴	۲۲۳	۶۴.۵	۹۴	۲۷.۲	۲۹	۸.۴
۵	۱۲۷	۳۶.۷	۱۳۱	۳۷.۸	۸۸	۲۵.۴
۶	۲۲۵	۶۵	۹۶	۲۷.۷	۲۵	۷.۲
۷	۲۲۵	۶۵	۹۴	۲۷.۲	۲۷	۷.۹
۸	۱۹۴	۵۶.۱	۱۱۳	۳۵.۶	۲۹	۸.۴

روایی این طیف با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار گرفته و نتایج آزمون $(\alpha=0/811)$ روایی گویه‌های طیف را مورد تأیید قرار می‌دهد. مجموع نمره‌های طیف برابر با ۲۴ و دامنه تغییرات آن در جامعه مورد مطالعه ۱۶ می‌باشد. با تقسیم دامنه تغییر به سه مقوله با فواصل برابر، داده‌های جدول زیر به دست آمده است.

جدول شماره (۹) نقش باورهای سنتی دینی در عدم اهدای عضو

موارد	فراوانی مشاهده شده	درصد	فراوانی احتمالی	فراوانی احتمالی	فراوانی تجمعی مشاهده شده	درصد تجمعی محتمل	درصد فراوانی تجمعی مشاهده شده	$F_o(x)-S_n(x)$
کم	۲۰۵	۵۹.۳۵	۱۱۵.۳	۱۱۵.۳	۲۰۵	۳۳.۳	۵۹.۳۵	-۰.۲۶
متوسط	۱۰۰	۲۸.۹۰	۱۳۰.۶	۱۱۵.۳	۳۰۵	۶۶.۶	۸۸.۲۵	-۰.۲۲
زیاد	۴۱	۱۱.۸۱	۳۴۶	۱۱۵.۳	۳۴۶	۱۰۰	۱۰۰	۰
جمع	۳۴۶	۱۰۰	۳۴۶	۳۴۶	-	-	-	-

$$CP = 0/08$$

$$D = 0/26$$

یافته‌های جدول فوق نشان می‌دهد میزان تأثیر باورهای سنتی دینی در عدم آمادگی آنان برای اهدای عضو، ۵۹/۳۵ درصد در حد کم، ۲۹ درصد به میزان متوسط و ۱۱/۸۱ درصد به میزان زیاد بوده است. نتایج آزمون کالموگروف - اسمیرنوف $CP = 0/08 > D = 0/26$ در سطح اطمینان ۹۹ درصد بیانگر معنی‌داری تأثیر میزان باورهای سنتی مذهبی بر عدم اهدای عضو می‌باشد.

ج) نقش عدم اعتماد به سازمان پزشکی در عدم اهدای عضو

نقش عوامل اجتماعی و فرهنگی در اهدای عضو در بین شهروندان منطقه کاشان۷۵

در این مطالعه برای بررسی میزان تأثیر عدم اعتماد عمومی به سازمان پزشکی در عدم آمادگی اهدای عضو از ۴ گویه در قالب طیف لیکرت استفاده شده است. روایی گویه‌های طیف با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار گرفته و با ۰/۶۸۵ مورد تأیید قرار گرفته است. در جدول شماره ۱۰ پاسخ‌های پاسخگویان به هر یک از گویه‌های طیف ارایه گردیده است.

جدول شماره (۱۰) توزیع فراوانی مطلق و نسبی نقش میزان عدم اعتماد عمومی به سازمان پزشکی در عدم اهدای عضو

ردیف	موارد	کم		تاحدودی		زیاد	
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
۱	در کشور متخصص و تجهیزات جهت پیوند کافی نیست.	۱۴۱	۴۰.۸	۱۴۴	۴۱.۶	۶۱	۱۷.۶
۲	سازمان مشخصی برای پیشگیری از سوء استفاده از پیوند اعضا وجود ندارد.	۱۳۴	۳۸.۷	۱۴۷	۴۲.۵	۶۵	۱۸.۸
۳	نمی‌شود به نظر پزشکان در مورد اعلام مرگ مغزی اطمینان داشت.	۱۳۸	۳۹.۹	۱۵۱	۴۳.۷	۵۷	۱۶.۵
۴	عمل پیوند بی‌ثمر است.	۲۴۹	۷۲	۸۵	۲۴.۵	۱۲	۳.۵

مجموع نمرات طیف برابر با ۱۲ و دامنه تغییر نمرات در جامعه مورد مطالعه ۸ می‌باشد. با تقسیم مجموع نمرات هر فرد به عدد ۳ با فواصل برابر، جدول توزیع فراوانی زیر به دست آمده است.

جدول شماره (۱۱) نقش عدم اعتماد به سازمان پزشکی در عدم اهدای عضو

موارد	فراوانی مشاهده شده	درصد	فراوانی احتمالی	فراوانی احتمالی تجمعی	فراوانی تجمعی مشاهده شده	درصد تجمعی محتمل	درصد فراوانی تجمعی مشاهده شده	Fo(x)-Sn(x)
کم	۱۶۵	۴۷.۸۳	۱۱۵.۳	۱۱۵.۳	۱۶۵	۳۳.۳	۴۷.۸۳	-۰.۱۴۴
متوسط	۱۳۲	۳۸.۰۷	۱۱۵.۳	۲۳۰.۶	۲۹۷	۶۶.۶	۸۶.۵	-۰.۱۹
زیاد	۴۹	۱۴.۰۷	۱۱۵.۳	۳۴۶	۳۴۶	۱۰۰	۱۰۰	۰
جمع	۳۴۶	۱۰۰	۳۴۶	۳۴۶	-	-	-	-

CP=0/08

D= 0/19

یافته‌های جدول فوق نقش عدم اعتماد به سازمان پزشکی در عدم اهدای عضو را نشان می‌دهد. همانگونه که داده‌های جدول نشان می‌دهند میزان این تأثیر ۴۷/۸۳ درصد در حد کم، ۳۸ درصد به میزان متوسط و ۱۴/۰۷ درصد به میزان کم می‌باشد. معنی‌داری تأثیر عدم اعتماد به سازمان پزشکی در عدم اهدای عضو از طریق آزمون کالموگروف-اسمیرنوف بررسی شده است. با توجه به فزونی

$D=0/19$ بر $CP=0/08$ در سطح اطمینان ۹۹ درصد معنی داری تأثیر عامل فوق از نظر آماری تأیید می گردد.

نتیجه گیری و ارائه راهکارها

با توجه به تحقیقات پزشکی اجتماعی امروزه راهکارهای متعددی از سوی محققین برای تأمین اعضاء جهت پیوند ارایه شده است. همانگونه که گارت عنوان نموده است "در مقابل کمبود اعضاء و بافت-های پیوندی و نیاز شدید جوامع، پیشنهادهایی برای افزایش تأمین عضو و بافت‌های پیوندی از طریق افزایش داوطلبان دهنده و تغییر برخی قوانین موجود داده شده است" (گارت و دیگران، ۱۹۹۳، ص ۱۹۹).

تغییر سیستم اهدای عضو به نحوی که اعضاء و بافت‌ها به نحو آسان‌تری در اختیار افراد نیازمند قرار گیرد، در سال‌های اخیر در بسیاری از کشورها مورد بحث بوده است. روش « دادن الزامی^{۱۱} » در همین راستا پیشنهاد داده شده است و بدین معناست که جسد تمام شهروندان، مانند منابع ملی، می تواند برای برداشت اعضاء و بافت‌ها مورد استفاده قرار گیرد؛ مگر اینکه فرد به علل مذهبی یا سایر علل عدم تمایل خود را اعلام کرده باشد و دارای کارت « عدم اهدای عضو » باشد.

روش پیشنهادی دیگر « انتخاب الزامی^{۱۲} » می باشد که بر اساس آن تمام شهروندان باید تمایل یا عدم تمایل خود به اهدای عضو پس از مرگ را اعلام نمایند. تعیین جایزه برای دادن عضو یا روش « هدیه دادن»، راهکار دیگری است که برای افزایش اهدای عضو پیوندی، پاداشی دریافت می کنند که البته ممکن است فقط برخورداری از موقعیت افتخارآمیز در جامعه باشد و نیز تشویق افراد زنده به اهدای عضو از دیگر راهکارهای پیشنهادی بوده است (تماسا، ۲۰۰۱، صص ۱۶۵-۱۴۹). پیوند بافت و اعضاء در حقوق انگلستان یک اصل پذیرفته شده است. با بررسی‌های مکرر مشخص گردیده است که بیش از ۷۰ درصد مردم انگلستان، مایل به اهداء عضو خود پس از مرگ هستند، هر چند که فقط حدود ۲۰ درصد مردم دارای کارت اهداء عضو می باشند (انگلیش و سامویل، ۲۰۰۳، ص ۱۴۷).

از آنجایی که اهدا کنندگان اعضای پیوندی پس از مرگ مغزی، سهم عمده‌ای در تولید اعضاء و بافت‌ها دارند و با توجه به اینکه 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

نقش عوامل اجتماعی و فرهنگی در اهدای عضو در بین شهروندان منطقه کاشان ۷۷

میان برداشتن بسیاری از موانعی که در این مسیر قرار دارند، باید عوامل اجتماعی، فرهنگی تأثیرگذار به درستی شناخته شود (عبداللهی و شکرایی فرد، ۱۳۸۶، ص ۳۱).

در امر پیوند اعضاء و اهدای عضو، مسأله آگاهی عمومی از اهمیت بسزایی برخوردار است؛ به طوری که می‌توان گفت هر چه سطح آگاهی‌های مردم ارتقا یابد، بهتر و آسانتر می‌توان مسأله کمبود اعضاء اهدایی را حل نمود. البته آگاهی‌ها و اطلاعات پیرامون موضوع اهدای عضو نیز از گستردگی بسیار زیادی برخوردار است. لذا، باید مؤثرترین و مهمترین آنها که در افزایش اهدای عضو می‌تواند نقش به‌سزایی داشته باشد مورد توجه قرار گیرد. در این ارتباط، مرگ مغزی باید درست و صریح توضیح داده شود تا برای مردم قابل فهم گردد.

پیوند اعضاء موضوعی است که در برنامه‌های 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 اطلاع رسانی شفاف و ساده، ضرورت دارد. از آنجایی که پیوند اعضاء محدود به زمانی خاص نمی‌شود، اطلاع رسانی و آموزش نیز نباید محدود به زمانی خاص باشد، بلکه باید به صورت مستمر و پیگیر از تمامی ابزار موجود در زمینه آموزش و اطلاع رسانی، با توجه به گستردگی موضوع و سطوح مختلف جامعه، بهره‌گیری شود (عبداللهی و شکرایی فرد، ۱۳۸۶، ص ۳۳).

نگرش به موضوع پیوند اعضاء مهم‌ترین و مؤثرترین عامل جهت تبیین اهدای عضو می‌باشد، زیرا نگرش به اهدای عضو نیز دربرگیرنده 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

با توجه به اینکه اکثر اهدا کنندگان از گروه سنی جوانان هستند و جوانان به دلیل خصوصیات و ویژگی‌های شخصیتی، از تمایل بالایی نسبت به اهدای عضو برخوردارند، برای بهره‌مندی بیشتر از این سرمایه، بهتر است ترویج فرهنگ اهدای عضو از مدارس آغاز شود.

مطالعه آمار موجود نشانگر درصد پایین اخذ عضو پیوندی از جسد در کشور می‌باشد، به طوری که در مورد پیوند کلیه بیش از ۹۰ درصد پیوندها از دهنده زنده اخذ می‌شود (کاظمی، ۱۳۸۲، ص ۷). بنابراین افزایش پیوند از جسد نیازمند افزایش آگاهی‌های مردمی است. باید اطلاعات و آگاهی جامعه را افزایش داد تا شاید عرصه مناسبی جهت عینیت یافتن یک نگرش مثبت منطقی و قابل اطمینان در رفتار افراد ایجاد گردد. پژوهشگران نشان داده‌اند که افزایش آگاهی مردم در مورد مرگ مغزی و پدیده پیوند اعضاء منجر به تغییر نگرش و افزایش درصد اهداکنندگان گردیده است. به طوری که در انگلستان طی یک برنامه آموزشی گسترده در سال ۱۹۸۵ در این زمینه توانسته‌اند درصد اهداکنندگان اعضاء را متعاقب مرگ مغزی از سال ۱۹۸۶ تا ۱۹۸۸ به مقدار ۱۶ درصد افزایش دهند. نتایج یک نگرش سنجی روی دانشجویان پزشکی در مقاطع مختلف تحصیلی نشان داد که تنها ۷۸ درصد دانشجویان سال اول پزشکی با اهدای عضو خود در صورت مرگ مغزی موافق بوده‌اند. در حالی که بیش از ۹۸ درصد دانشجویان پزشکی سال‌های بالا در این مورد موافقت خود را اعلام کرده‌اند (هاگیهارا و دیگران، ۱۹۹۷، ص ۱۵۷). این مسئله می‌تواند مؤید تأثیر آگاهی بر نگرش افراد در این زمینه باشد. از طرف دیگر اعتماد به حرفه پزشکی، سهم عمده‌ای در تبیین اهدا کنندگی 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 اعضاء 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 اهدا کنندگی تحت تأثیر رویکردهای بدگمانی قرار می‌گیرد و در نهایت، منجر به عدم اهدای عضو می‌شود (عبداللهی و شکرایی‌فرد، ۱۳۸۶، ص ۳۷).

با توجه به اینکه غالباً خانواده‌های افراد مرگ مغزی شده شدیداً از مصیبت وارده متأثر شده و با جرح جسد و استفاده از اعضاء مخالفت می‌کنند توصیه می‌شود که کارت اهدای عضو و گرفتن رضایت‌نامه در زمان حیات انجام گیرد (هاگیهارا و دیگران، ۱۹۹۷، ص ۱۵۸). نتایج پژوهش نشان داده است که رضایت سایر افراد خانواده در تغییر نگرش و تصمیم‌گیری افراد بسیار مؤثر است (أتا، ۱۹۹۸) به طوری که درصد قابل

نقش عوامل اجتماعی و فرهنگی در اهدای عضو در بین شهروندان منطقه کاشان ۷۹

توجهی از افرادی که کارت مخصوص اهدا را قبلاً امضاء کرده بودند، پس از مدتی تصمیم خود را به دلیل راضی نبودن سایر افراد خانواده تغییر دادند.

پیشنهاد می‌شود به منظور افزایش داوطلبان اهداء عضو نسبت به موارد تعیین ضوابط اهدا کننده و چگونگی تشخیص مرگ مغزی، مراقبت لازم از اهدا کننده، تشویق مردم به اهدای عضو با توجه به ضوابط مربوطه، آموزش همگانی به شیوه‌های مختلف به خصوص از طریق برنامه‌های صدا و سیما و مطبوعات، تعیین سازمانی مشخص جهت نظارت و کنترل برای پیشگیری از سوء استفاده از پیوند اعضا و ایجاد انجمن اهدا کنندگان اعضا و توزیع کارت‌های مخصوص اهدای عضو بین مردم اقدامات لازم صورت گیرد.

در این میان اصل اخلاقی ایثار و اهدای عضو به عملی ایثارگرانه (بر مبنای وظیفه‌گرایی) قابل پذیرش است. در نگرش ایثارگرانه در نظر گرفتن علایق دیگران پیش از تمایلات شخصی، عملی اخلاقی و پسندیده است (معاونت امور فرهنگی وزارت بهداشت، ۱۳۷۰، صص ۲۳۱-۲۲۱ و شاول، ۱۹۹۶، ص ۷۲). در واقع آدمی با انتخاب و آگاهی و از روی ایثار عضوی از بدن خود را به دیگری می‌بخشد و عوارض اندک آن را در قبال سلامت انسانی دیگر پذیرا می‌شود. ریشه این ایثار می‌تواند احساس وظیفه وجدانی، مسئولیت اجتماعی و یا وظیفه‌ای دینی در خیرخواهی باشد (رشیدیان، ۱۳۷۷، ص ۲۳).

پی نوشت ها

- | | |
|------------------------------|--|
| 1-opt-in | 10-Kiaser- Meyer-Olin Measure of |
| 2-opt-out | Sampling Adequacy |
| 3-Martinez | مناسب‌ترین آزمون برای تعیین مناسب بودن داده‌ها برای تحلیل عامل است |
| 4-Margaret A. Sanner | و معمولاً مقدار آن برای مناسب بودن داده‌ها باید از ۰/۷ به بالا باشد. |
| 5-Tacamasa Tanaka | Kolmogorov- Smirnov Test |
| 6-Halil Bilgel | 11-Required Donation |
| 7-Social Survey | 12-Mandated choice |
| 8-Jeanette crizzle trust.org | |
| 9-Kocran | |

منابع

- اخلاق پزشکی به انضمام مختصری از تاریخ پزشکی (۱۳۷۰). تهران: معاونت امور فرهنگی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- آقاخانی حاجی آقا، داوود (۱۳۷۴). "پیوند اعضا و مرگ مغزی از نظر اخلاق پزشکی و معاونت اسلامی". پایان نامه دکتری عمومی دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران.
- امینی، ابراهیم (۱۳۷۲). آتافازی یا مرگ از روی ترجمه طب و تزکیه، شماره ۸.

- بار، محمدعلی(۱۴۱۴). تجارب جدیدة لنقل الاعضاء من الموتی. **مجله العالم**. شماره ۵۱۴.
- بوردیو، پی.یر(۱۳۸۱). **نظریه کنش: دلایل عملی و انتخاب عقلانی** ترجمه مرتضی مردیها. تهران: نقش و نگار، برژه و بولون(۱۳۷۰). **تاریخ پزشکی نوین**. ترجمه تقی رضوی. تهران چاپ دیبا، بهلولی، ابوالفضل (۱۳۷۳). توجه به مسائل اخلاقی علنی و ضرورت اهدای کلیه از دهنده زنده غریبه و بررسی آن در مرکز پیوند کلیه تبریز، **مجله پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی**. تبریز، دوره ۲۸، شماره ۲۳.
- بیماری‌های خاص (۱۳۷۷). **گزارش سمینار مرگ مغزی و پیوند اعضا تهران**، بنیاد امور بیماری‌های خاص.
- تقوی، سید مرتضی (بی تا). تحول موضوعات در فقه. **فقه اهل بیت**. سال اول، شماره ۳.
- توکلی، امیرحسین(۱۳۸۳). "بررسی مقایسه‌ای افسردگی در خانواده‌های موارد فوت شده مرگ مغزی در گروه اهدا کننده و غیر اهدا کننده اعضاء در طی سال‌های ۸۱-۱۳۸۰ در استان تهران". پایان نامه دکتری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.
- رشیدیان، آرش(۱۳۷۷). "میزان رعایت معیارهای اخلاق پزشکی در ۵۱ پایان نامه تحقیقاتی کارآزمایی بالینی انجام شده در بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی تهران". پایان نامه دکتری پزشکی، پزشکی عمومی، کتابخانه دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران.
- رضایی، ساناز، شکور، عباس(۱۳۷۹). بررسی میزان آگاهی و نگرش افراد بالای ۱۵ سال شهر تهران در مورد مرگ مغزی و اهدای اعضای پیوندی بعد از مرگ مغزی در وابستگانشان. **مجله علمی پزشکی قانونی**. دوره ۶، شماره ۲۱.
- رضوی، حسن(۱۳۷۸). **پیوند اعضا، مجموعه مقالات اخلاق پزشکی**. جلد پنجم.
- شاهسون، علیرضا (۱۳۷۶). "بررسی نگرش کارمندان ادارات شهر کرمان نسبت به اهدای عضو خود و بستگان بعد از تشخیص مرگ مغزی". پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی کرمان.
- شکور، عباس و رضایی، ساناز(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.
- کاظمینی، سید محمد(۱۳۸۲). "سخت‌ترانی انجام شده در سمینار یک روزه پیوند پانکراس و سلول‌های جزیره‌ای". بیمارستان شریعتی.
- کجباف‌زاده، محمد(۱۳۶۲). **پیوند کلیه**. وزارت بهداشتی جمهوری اسلامی ایران
- عاملی، محمدبن جمال‌الدین(۱۳۰۹ق). **الروضه البهیه فی شرح المعه الدمشقیه**. تهران: چاپ اسلامی، عباسی، محمود(۱۳۸۲). پیوند اعضا. **حقوق پزشکی**. تهران.
- عبداللهی، محمد و شکرایی‌فرد، لیلا(۱۳۸۶). تحلیل جامعه شناختی اهدای عضو و بافت پس از مرگ مغزی در بین شهروندان تهرانی. **فصلنامه علوم اجتماعی**. شماره ۳۷، انتشارات دانشگاه علامه طباطبایی.
- عبداللهی محمد(۱۳۸۳). زنان و نهادهای مدنی. **مجله جامعه شناسی ایران**. دوره پنجم، شماره ۲.
- عزیزی، هدی(۱۳۸۴). بررسی اپیدمیولوژیک پیوند از اهدا کنندگان دچار مرگ مغزی در دانشگاه علوم پزشکی مشهد. **خبرنامه فعالیت- های شبکه فراهم آوری اعضای پیوندی ایران**. شماره ۴.
- 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.

نقش عوامل اجتماعی و فرهنگی در اهدای عضو در بین شهروندان منطقه کاشان ۸۱

ظههور، علیرضا، بزرگ مقام، مسعود (۱۳۸۲). نگرش شهروندان تهرانی به پیوند اعضا و اهدای عضو در مرگ مغزی. **افق روشن، مجله دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گناباد**، دوره ۹، شماره ۱.

کاشفی، پرویز (۱۳۷۸). "اداره مرگ مغزی جهت پیوند عضو، خلاصه مقالات چهارمین کنگره پیوند اعضا" کاظمینی، محمد و حیدری، علیرضا (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، 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 (۱۳۸۲). **پیوند اعضا (مباحث علمی، اخلاقی، حقوقی و فقهی)**. تهیه و تنظیم: مرکز تحقیقات غدد درون ریز و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی. تهران: انتشارات برای فردا، چاپ اول.

لاریجانی، باقر (۱۳۷۸). **نگرشی جامع به پیوند اعضا**. تهران: بنیاد امور بیماری‌های خاص، معاونت امور فرهنگی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۷۰). **اخلاق پزشکی به انضمام مختصری از تاریخ پزشکی**. تهران: چاپ سپهر،

ملک‌زاده، رضا (۱۳۷۱). **پیوند اعضا. مجله نبض**. شماره هفتم، سال اول.

نظری توکلی، سعید (۱۳۸۱). **پیوند اعضا در فقه اسلامی**. مشهد: بنیاد پژوهش‌های اسلامی،

ویر، ماکس (۱۳۷۴). **اقتصاد و جامعه**. ترجمه عباس منوچهری و دیگران. تهران: انتشارات مولی،

Adapted from F.J. Massy, Jr, "The Kolmogrov-Smirnov Test for the Goodness of Fit" *Journal of the American Statistical Association*, 46:70(1951).

Bagheri, A [et al] (2003). Brain Death and organ Transplantation: Knowledge, attitudes and practice among Japanese students. **Eubios Journal of Asian and International Bioethics**. Vol 13.

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 year". *Transpl Int*, vol. 17.

Daar AS (1998). "Prospects of organ sharing and strategies for increasing transplants in Asia. *Transplant proc.* 36:49".

Daar AS (1999). "The evolution of organ transplantation in the Middle East". *Transplantation proceeding*: 1070-1.

Eye Bank Association of America (1987). "Eye Banking Activities Report". Washinton, DC. P.H.R. 1998; march- April.

English V, Somerville A (2003). "Presumed consent for transplantation: a dead issue after Alder Hey?". *Med Ethics*,

Garrett TN, Baillie HW, Garrett RM (1993). **Health care ethics: principles and problems**. New Jersey: Perentice Hall,

Haberal M, Mory G, Karakayali H, Bilgin N (1996). "Ethical and legal aspects, and the history of organ transplantation" *Transplant proc.*

Hagihara A, Muracami M, Miller AS, Nobutomo K (1997). Association between attitudes toward health promotion and opinions regarding organ transplants in Japan. **Health policy**. 157-70.

Kazemeyni, M & others (2004). worldwide cadaveric organ donation systems (organ transplant procurement). **Urology Journal**. Vol. 1 No 3.

- Martinez, J & Other (2001). Organ donation and family decision-making within the Spanish donation system. *Social & medicine*, Vol. 53.
- Lewis A. Snell M (1980). INCREASING Kidney transplantation in Britain: The importance of donor cars. Public opinion and medical practice. *Sci. Med*: 1075-80.
- Merez B (1985). The organ procurement problem: Many causes. no easy solutions. *JAMA* : 3285-3288.
- Ota, K (1998). Strategies for increasing transplantation in Asia and prospects of organ sharing Japanese experience. *transplantation proceedings*: 3650-2.
- Sanner, M. A (2002). A Swedish survey of young people's views on organ and transplantation, *Transpl Int*, vol. 15.
- shaw AB (1996). "Non-therapeutic (elective) ventilation of potential organ donors: the ethical basis for changing the law. *J Med Ethics*" .
- Smith SE, Brumm J, Crime BJ (1991). A donation to life: Organ procurement. **Today's OK Nurse**. United States.
- South Asian Development partnership-organ donation (1998). An exploratory study examining the influence of Religion on attitudes toward organ Donation among the Asian population in Luton, UK, *Nephrology dialysis and Transplantation*, Vol. 13.
- Thmasma DC. The ethics of organ retrieval. In: Shelton W, Balint. J (EDS). *The ethics of organ transplantation*. Amsterdam: JAI (Elsevier Science), 2001.
- www.irantransplant.org
- www.jeanettecizzletrust.org/default.asp
- [www. Donon foundation. org](http://www.Dononfoundation.org)