

## ضرورت تدوین راهنمای اخلاقی پیوند عضو همراه با نظری کوتاه به نشست آسیایی پیرامون سوداگری عضو

باقر لاریجانی<sup>۱</sup>، فرزانه زاهدی<sup>۲\*</sup>، علیرضا باقری<sup>۳</sup>

### چکیده

در سال‌های اخیر، سیاستگذاران و دست‌اندرکاران امر سلامت در کشور ما، گام‌های متعددی در جهت ساماندهی تقاضای عضو پیوندی برداشته‌اند. در نتیجه این تلاش‌های گسترده، از جمله ایجاد برنامه کنترل شده اهدای عضو در پیوند کلیه، فهرست انتظار پیوند از سال ۱۹۹۹ حذف شد. در حال حاضر، مدل ایرانی پیوند کلیه یک نظام تأمین عضو منطبق با فرهنگ جامعه محسوب می‌شود. اما ما نیازمند ارزیابی مجدد این نظام و تقویت آن از لحاظ اخلاقی هستیم. به این دلیل، تدوین راهنمای اخلاقی پیوند عضو یک ضرورت اساسی است. در این مقاله، اهمیت این موضوع تأکید شده و برخی پیشنهادها بیان خواهند شد. همچنین، گزارشی کوتاه از اولین و دومین نشست آسیایی پیرامون سوداگری عضو، که طی تیرماه و بهمن ماه ۱۳۸۶ در تاپیه برگزار شد، ارائه خواهد شد. بدون شک، یک راهنمای اخلاقی جامع و کاربردی، مشتمل بر: توجه بیشتر به امر پیشگیری از بیماری‌ها، تقویت اهداء عضو از جسد، ترغیب اهدای نوعدوستانه عضو، تقویت ارزیابی‌ها و نظارت‌های اخلاقی، و همچنین مدافع حقوق دهنده و گیرنده برای حمایت از نظام فعلی پیوند بسیار مفید خواهد بود.

واژگان کلیدی: پیوند عضو، پیوند کلیه، دهنده زنده، راهنمای اخلاق، ایران

- ۱- مرکز تحقیقات غدد درون‌ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی تهران
- ۲- مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
- ۳- دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

\*نشانی: تهران، خیابان کارگر شمالی، بیمارستان دکتر شریعتی، طبقه پنجم؛ کدپستی ۱۴۱۱۴؛ صندوق پستی ۱۴۳۹۵/۱۱۷۹؛ تلفن: ۳-۲۶۹۰۲-۸۱۰

فاکس: ۸۱۰۲۹۳۹۹؛ پست الکترونیک: fzahedi@sina.tums.ac.ir

## مقدمه

پیوند اعضای انسانی و نیاز فزاینده به عضو پیوندی، مقوله مهمی است که در بسیاری از کشورهای جهان، سیاستگذاران سلامت، پزشکان، اخلاقیون، حقوقدانان و حتی رهبران دینی را به چالش کشیده. با توجه به اهمیت این موضوع، سازمان‌های جهانی، منطقه‌ای و ملی به چاره‌جویی برخاسته‌اند تا شاید بتوانند با اتخاذ شیوه‌های معقول و جامع اخلاقی، ضمن تأمین نیازهای جامعه، راه سوءاستفاده‌های غیراخلاقی را در اجتماع سد نمایند [۵-۱]. در حال حاضر سوداگری اعضای انسانی تنها به عنوان معضل جهان سوم و کشورهای فقیر مطرح نیست بلکه دلالت آن بر اعضا بدن انسان، عرصه سوداگری‌های خود را در سرتاسر جهان؛ و حتی در کشورهایی چون آمریکا، کانادا، استرالیا، فرانسه و مانند آن گسترانده‌اند.

خوشبختانه آنچه به عنوان «قاچاق عضو»<sup>۱</sup> مصطلح شده است در کشور ما جایگاهی ندارد و بنا بر مستندات موجود، نظام پیوند عضو کشور ما، بطور قطع از استعمار کودکان و زنان، سوءاستفاده پزشکان و کادر پیرایشکی، سودجویی تیم‌های پیوند، وجود دلالت عضو و مسائلی مانند آنها منزه است [۹-۶]. نقاط قوت و برخی معایب مدل ایرانی پیوند در مقالاتی به تفصیل بیان گردیده‌اند [۷، ۸، ۱۰، ۱۱، ۱۲] اما آنچه در اینجا مورد تأکید قرار خواهد گرفت ضرورت تدوین «راهنمای اخلاقی جامع در موضوع پیوند اعضا» در کشور است که با در برداشتن تمام شاخصه‌های لازم جهت پیشگیری، درمان و پیگیری افراد گیرنده و دهنده، بتواند راهکارهایی را جهت ارائه هر چه بی‌نقص‌تر خدمات پیوند در کشور فراهم نماید.

با وجود مخالفت‌های سرسختانه‌ای که با اخذ پیوند از دهنده زنده غیرخویشاوند در جهان وجود داشته است، با توجه به نیاز روزافزون به عضو و مرگ بیمارانی که در فهرست انتظار دریافت عضو ثبت می‌گردند، بسیاری از کشورها به سمت استفاده از دهنندگان زنده غیرخویشاوند و برطرف کردن مشکلات اخلاقی اهدای عضو از دهنده زنده از طریق تدوین راهنماهای اخلاقی حرکت نموده‌اند [۱۶-۱۳]. به عنوان مثال، شبکه یکپارچه تخصیص عضو<sup>۲</sup> در آمریکا طی سال ۲۰۰۷ میلادی تدوین راهنمایی در مورد ارزیابی جسمی و روانی دهنندگان زنده عضو را

مورد مطالعه قرار داد. این در حالی است که در آمار اعلام شده این شبکه در سال ۲۰۰۸، حدود ۴۴٪ از اهداءکنندگان عضو را دهنندگان زنده تشکیل داده‌اند [۱۷]. در سال‌های اخیر، دهنندگان زنده غیرخویشاوند در این کشور از همسر و خویشاوندان سببی به دوستان، همکاران، همسایگان و آشنایان گسترده شده است و در برخی ایالت‌ها مشوق‌هایی مانند کاهش مالیات برای دهنندگان عضو معین گردیده است. همچنین، در استرالیا که خرید و فروش عضو غیرقانونی است؛ حدود ۴۰٪ از دهنندگان زنده (غالباً خویشاوند) هستند؛ ولی بهبود روش‌های جراحی و درمان‌های مهار کننده سیستم ایمنی، میزان دهنندگان غیرخویشاوند را افزایش داده است [۱۳].

در هر حال کمبود عضو پیوندی و وجود تقاضای بیش از عرضه، راه را برای سوءاستفاده و بروز مسائل غیراخلاقی در قالب «قاچاق عضو» و یا «توریسم پیوند اعضا»<sup>۳</sup> در بسیاری از نقاط جهان گشوده است. در همین راستا اخیراً در آسیا طی یک برنامه ستادی، صاحب‌نظرانی از کشورهای تایوان، ژاپن، چین، هند، فیلیپین، آمریکا، هلند، کانادا و ایران، به بررسی موضوع «قاچاق عضو» و راهکارهای مبارزه با آن پرداختند.<sup>۴</sup> در ادامه، ضمن اشاره مختصر به اهداف و دستاوردهای این برنامه، سرفصل‌ها و موضوعات اصلی را، که لازم است در تدوین یک راهنمای جامع اخلاقی مورد توجه قرار گیرند، بیان خواهند شد.

## نشست پیوند عضو در تایپه

این برنامه که با سازماندهی و حمایت مالی دانشگاه ملی تایوان و با همکاری مرکز آسیایی WTO و سیاست‌ها و قوانین بین‌المللی سلامت<sup>۵</sup> (ACWH) و نیز مرکز تحقیقات اخلاق، حقوق، و جامعه در زیست پزشکی<sup>۶</sup> برگزار گردید، طی دو نشست مجزا در تیرماه<sup>۷</sup> و بهمن ماه<sup>۸</sup> سال ۱۳۸۶ در تایپه (تایوان) پیگیری گردید. هدف عمده این نشست، تهیه توصیه‌های کاربردی در خصوص تجارت عضو در مرزهای جهانی دولت‌ها و و ارائه آنها به سازمان‌های جهانی بود. طی نشست اول، کشورهای آسیایی به ارائه گزارش‌های کشوری پرداختند و برخی گزارش‌های جهانی

<sup>3</sup> Transplant Tourism

<sup>4</sup> Asian Task force on Organ Trafficking. National Taiwan University. College of Medicine, Taipei, Taiwan.

<sup>5</sup> Asian Center of WTO and International Health law and policy

<sup>6</sup> Center for Ethics, Law, and Society in Biomedicine

<sup>7</sup> 21-22 July, 2007

<sup>8</sup> 26-27 January, 2008

<sup>1</sup> Organ trafficking

<sup>2</sup> The United Network for Organ Sharing (UNOS)

ارقام و وقایعی که در مجلات و روزنامه‌ها و پایگاه‌های اینترنتی درج می‌گردند مبتنی بر شواهد تأیید شده نیستند. این امر به بازار شایعات در این مورد و سیاه نمایی هر چه بیشتر اوضاع دامن زده است. از این رو، بسیاری از متخصصین امر، درصدد یافتن راه حل مناسبی هستند که بدون نادیده انگاشتن معضل کمبود عضو پیوندی، به تبادلات غیر قانونی عضو که برای دهنده و گیرنده، هر دو، پر مخاطره است، پایان دهد. برخی به صراحت از ایجاد بازارهای قانونی خرید و فروش عضو حمایت می‌کنند که البته این راهکار مورد مناقشه بسیار قرار گرفته است و طرفداران و مخالفان سر سختی در سطح جهان دارد [۲۰-۲۲].

آنچه در پیش نویس توصیه‌های تدوین شده در نشست ذکر شده مورد تأکید قرار گرفته است، توجه بیشتر سازمان‌ها و دولت‌ها در کشورهای مختلف به موضوع قاچاق عضو، قانونگذاری لازم در این حیطه و همکاری و حمایت هماهنگ کشورها برای مبارزه با سوداگری اعضای انسانی می‌باشد [۱۸]. آنچه واضح است این است که قاچاق عضو در حال حاضر به صورت امری فرامرزی گریبانگیر بسیاری از کشورها می‌باشد و آنچه بیان شد نشانگر ضرورت وجود راه حلی معقول و اخلاقی جهت تأمین اعضا جهت بیماران نیازمند پیوند می‌باشد. ممنوعیت قانونی خرید و فروش در بسیاری از کشورها در این حیطه کارساز نبوده است لذا بنظر می‌رسد ایجاد نظارت قانونی بر تبادل عضو، جهت رعایت حقوق دهنده و گیرنده، تنها چاره ممکن در زمان حاضر باشد. در حال حاضر شیوه جبران خسارت دهنده که در ایران نیز به عنوان «هدیه ایثار<sup>۲</sup>» شهرت یافته است، یکی از کم‌نقص‌ترین شیوه‌های پیشنهادی است. البته یافتن راه‌های جایگزین از مواردی هستند که به عنوان راهکارهای اصلی به کشورها توصیه شده‌اند.

### ضرورت ایجاد راهنمای اخلاقی در کشور

مدل ایرانی پیوند کلیه، به تأیید بسیاری از صاحب‌نظران دارای نقاط قوت بسیاری است [۱۲-۶]. تأکید بر ارزیابی سلامت دهنده قبل از پیوند، بهره‌گیری از مددکاری اجتماعی قبل از پیوند، پرداخت هزینه‌های بیمارستانی توسط دولت، برقراری ویزیت‌های پیگیری سلامت فرد دهنده، پرداخت هدیه‌ای جهت تقدیر از ایثار دهنده، بیمه سلامت فرد دهنده به مدت یکسال، اخذ رضایت آگاهانه با

نیز توسط صاحب‌نظران ارائه گردید. در نهایت طی بحث‌های عمومی، پیش‌نویس توصیه‌هایی در راستای ممنوعیت و حذف قاچاق عضو تدوین گردید. این متن در نشست دوم مورد بحث و تکمیل قرار گرفت.

«قاچاق عضو» شامل فراهم آوری، نقل و انتقال، تحویل دادن و وصول انسان‌ها با هدف سوءاستفاده‌های مالی و استثمار افراد می‌باشد که از طریق تهدید و ارباب، اعمال فشار مادی یا معنوی، فریب و نیرنگ، آدم ربایی، سوء استفاده از قدرت، مقام، موقعیت، و آسیب پذیری برخی اقشار جامعه، صورت می‌گیرد [۱۸]. همچنین گاه این امر با استفاده از مشوق‌های مادی جهت ترغیب افراد به دادن عضو خود صورت می‌گیرد. بنا به گزارش‌های بعضاً مستند از منطقه آسیا و جهان، متأسفانه بنظر می‌رسد تبادل عضو، به عنوان تجارتی پرسود برای برخی دلالتان بین‌المللی، استثمار فقرا، کودکان و زنان را به نفع قشر ثروتمند در دنیا در پی داشته است. بنابر گزارشی که خانم Nancy Scheper-Hughes استاد مردم‌شناسی<sup>۱</sup> دانشگاه کالیفرنیا ارائه نموده است، در حال حاضر برخی کشورها به عنوان دهنده، برخی گیرنده و برخی به عنوان تسهیل کننده تبادلات عضو (عمدتاً کلیه) مطرحند (جدول ۱) [۱۹].

حقایق تلخ بسیاری در لابلای گزارش‌های موجود وجود دارد که البته با برخی شایعات و داستان پردازی‌ها آمیخته شده است. مواردی از جمله برداشت کلیه زندانیان، تا دزدی و قتل کودکان جهت فروش اعضای آنها، تا سوء استفاده از زنان و کودکان خانواده‌های فقیر و فروش اعضای آنها، تا وجود شبکه‌های مافیایی خرید و فروش عضو در برخی کشورها در گزارش‌ها ذکر می‌گردد. اخذ اعضای فلسطینیان و حتی یهودیان روسی تازه مهاجرت کرده به اسرائیل توسط شبکه‌ای سازمان یافته برای تجارت عضو نیز از این قبیل است. بسیاری از موارد پیوند به صورت غیر قانونی و بدون در نظر گرفتن سلامت دهنده و گیرنده انجام می‌گیرند و گاه با عوارض جبران ناپذیر و انتقال بیماری‌هایی چون ایدز همراه می‌گردند. گاه از هزینه‌های هنگفتی (حتی بالای ۲۰۰ هزار دلار) که از گیرنده اخذ می‌شود حتی یک دهم آن نیز به دهنده پرداخت نمی‌شود. البته از آنجا که این فعالیت‌ها به صورت غیرقانونی وجود دارد لذا مستندات علمی و قابل اعتمادی در خصوص آنها وجود ندارد و بسیاری از آمار و

<sup>2</sup> Rewarded Gifting

<sup>1</sup> Anthropology

جدول ۱- تقسیم‌بندی کشورهای دهنده و گیرنده عضو پیوندی

کشورهای دهنده	کشورهای گیرنده	کشورهای واسطه (تسهیل کننده)
آرژانتین	بنگلادش	چین
برزیل	چین	هند
کلمبیا	مصر	عراق (قبل از جنگ)
هند	عراق (قبل از جنگ)	فیلیپین
مولداوی (Moldova)	رومانی	رومانی
پاکستان	فلسطین	روسیه
پرو	فیلیپین	آفریقای جنوبی
روسیه	آمریکا	آمریکا
ترکیه	اسرائیل	ترکیه
	تایوان	

- اهداکنندگان پس از عمل اهدا، تحت پوشش پزشکی مناسب قرار گیرند و از نظر پزشکی برای عمل جراحی اهدای کلیه منعی وجود نداشته باشد؛

- اهداکنندگان کلیه به بهترین شکل و طبق ضوابط مشترک در همه مراکز از نظر جسمی و روانی دقیقاً بررسی شوند؛

- ضوابط کلی از لحاظ پشتیبانی، حمایت و نظارت، تحت نظر یک شورای کشوری تنظیم شود؛

- افراد غیرایرانی نمی‌توانند با عضو اهدایی از شهروند ایرانی پیوند شوند و اهداکننده و دریافت کننده باید از یک ملیت مشترک برخوردار باشند؛

- اهدای کلیه توسط افراد کمتر از ۱۸ سال و بیشتر از ۴۵ سال ممنوع می‌باشد، مگر در مواردی که به تصویب شورای عالی پیوند (یا انجمن پیوند اعضا) رسیده باشد.

### راهکارهای پیشنهادی

به منظور اجرایی شدن اصول علمی و اخلاقی مورد تأیید صاحب‌نظران، تدوین راهنمای اخلاق جامع پیوند عضو کشور ضروری است؛ که برخی سرفصل‌های اساسی آن می‌تواند شامل موارد زیر باشد:

۱. تقویت برنامه‌های پیشگیری و کنترل بیماری‌های مزمن کلیوی به منظور کاهش تقاضا برای عضو پیوندی
۲. تشویق اهدای عضو از بیماران مرگ مغزی و تجهیز مراکز مربوط

بیان جوانب مختلف اهدای عضو، از مهم‌ترین مزایای این مدل هستند. بسیاری از جوانب مثبت در سایر مقالات مورد بحث قرار گرفته‌اند [۲۳، ۱۲، ۱۰، ۷]. یکی از مهم‌ترین شاخصه‌های پیوند در کشور ما این است که افراد بیگانه نمی‌توانند در کشور ما تحت عمل پیوند عضو قرار گیرند (مگر دهنده هموطن داشته باشند)؛ که این امر راه چاقی فرامرزی را در کشور ما بسته است. اما نظام موجود پیوند در کشور ما دارای نقاط ضعفی نیز هست که جز با ارائه و عمل به راهنمای اخلاقی مدون و ایجاد نظارت‌های لازم برطرف نخواهند شد.

در این راستا، گروه اخلاق پزشکی فرهنگستان علوم پزشکی ایران، پس از هشت جلسه بحث و بررسی بوسیله متخصصان حوزه‌های مختلف از جمله فقه، جامعه‌شناسی، فلسفه، و پزشکی در سال ۱۳۸۶، مواردی را تحت عنوان «اصول اخلاق حرفه‌ای در زمینه پیوند اعضا» مورد تصویب قرار داد [۲۴]. بر اساس این اظهار نظر که مبتنی بر اصول اخلاقی پذیرفته شده بین‌المللی تهیه شده است، عمل جراحی پیوند و اهدای کلیه از افراد داوطلب زنده (فامیل و غیرفامیل) به لحاظ کلی قابل قبول است و پرداخت وجه به عنوان پاداش یا هدیه به اهدا کننده غیراخلاقی تلقی نمی‌شود، مشروط بر اینکه:

- اهدا کننده مجبور به اهدا نشده باشد و در حالت تعادل فکری و بدون اجبار و با اختیار کامل به این کار اقدام کند؛

تقویت برنامه‌های پیشگیری از طریق راهکارهایی همچون شناسایی افراد در معرض خطر، اقدامات پیشگیرانه متناسب و تشخیص زودرس بیماران در قالب طرح‌های ملی، می‌تواند به انجام برسد. با توجه به گستردگی و موفقیت خدمات بهداشتی اولیه<sup>۵</sup> (PHC) در بسیاری از روستاها و شهرهای کشور، این امر با برنامه‌ریزی منسجمی می‌تواند حصول اهداف و مقاصد مورد نظر سیاستگذاران سلامت کشور را در پی داشته باشد. در این راستا، اجرای دقیق برنامه ملی پیشگیری و کنترل بیماری دیابت، به‌عنوان یکی از اصلی‌ترین عوامل ایجاد نارسایی کلیه، نقش مؤثری در کاهش تعداد بیماران نیازمند پیوند خواهد داشت.

در موضوع پیوند عضو از جسد و بیماران مرگ مغزی، مسأله احترام به تفاوت‌های فرهنگی و اعتقادات فرد و جامعه اهمیت بسیاری دارد [۲۷]. به منظور جلب اعتماد جامعه در اهدای عضو در این موارد، باید آموزش‌های لازم در مورد وضعیت مرگ مغزی به زبان ساده و قابل فهم برای عامه مردم ارائه گردد.

شواهد فرهنگی در جامعه ما نشانگر این است که در مواردی که خود فرد قبل از مرگ موافقتش را با اهدای عضو بیان نموده باشد، خانواده بسیار آسان‌تر به این امر رضایت خواهند داد. لذا با در نظر گرفتن روش‌های مختلفی که برای اعلام «خواستۀ قبلی»<sup>۶</sup> در کشورهای مختلف وجود دارد [۲۸]، سیاستگذاران امر پیوند در کشور ما نیز باید راهکار مناسبی را انتخاب و اجرا نمایند. به‌عنوان پیشنهاد می‌توان جویا شدن نظر فرد در حین اخذ دفترچه بیمه درمانی و ثبت قانونی این امر را ذکر نمود. هرچند در حال حاضر، با توجه به عدم آموزش کافی مردم، صحبت کردن از نظام اهدای عضو با پیش فرض رضایت<sup>۷</sup> (رضایت فرض شده)<sup>۸</sup> در کشور ما امری غیرقابل تحقق است؛ اما با اجرای چنین برنامه‌هایی به تدریج و با اطمینان از موافقت اکثریت مردم و امکان اعلام نظر مخالف، می‌توان به چنین نظامی نیز اندیشید.

در تمامی موارد مرگ مغزی ضروری است که تصمیم‌گیری در خصوص عدم ادامه درمان‌های پزشکی، به‌طور مستقل از موضوع پیوند عضو مطرح گردد [۲۷] و رضایت خانواده در این دو موضوع به‌طور جداگانه اخذ گردد. اطمینان به آنان در ارائه خدمات استاندارد پزشکی به بیمار و دادن اطلاعات لازم در مورد

۳. ایجاد بانک اعضای پیوندی به همراه ارزیابی کامل سلامت دهنده

۴. ثبت گیرندگان و دهندگان انواع پیوند و پیگیری مستمر آنها (بارعایت رازداری و حفظ حریم خصوصی افراد)

۵. برنامه تشویقی اهدای عضو از دهندگان خویشاوند

۶. راهکارهای مناسب تقدیر و تشویق اهدای نودوستانه عضو  
۷. تنظیم الگوی مناسبی جهت ممانعت از برقراری ارتباط مالی مستقیم بین دهنده و گیرنده عضو

۸. تقویت برنامه‌های حمایتی فرد دهنده پس از اهدای عضو مثل معاینات پزشکی مستمر و بیمه درمانی دائم

۹. جلب مشارکت انجمن‌های خیریه و جذب کمک‌های مردمی با برنامه‌های تبلیغی مناسب

۱۰. تحقیق و توسعه راه‌های جایگزین پیوند عضو از دهنده زنده  
۱۱. فراهم آوری زمینه انجام پژوهش‌های مستند در حوزه مسائل اخلاقی پیوند در کشور

۱۲. ایجاد نظام نظارتی کارآ در تمام مراحل پیوند (قبل، حین و پس از پیوند)

بنابر آمار موجود، میزان شیوع<sup>۱</sup> بیماری‌های انتهایی کلیه<sup>۲</sup> (ESRD) در ایران حدود ۲۵۰۰۰ و به عبارتی ۳۷۰ بیمار در میلیون<sup>۳</sup> می‌باشد [۲۵]. مبتلایان به نارسایی پیشرفته کلیه در دنیا طی ۱۰ سال و در ایران طی ۵ سال دو برابر می‌شوند<sup>۴</sup>. با وجود تلاش‌های فراوانی که برای پیشگیری از ESRD شده، اما تخمین زده می‌شود که تعداد بیماران دچار بیماری انتهایی کلیه که نیازمند پیوند کلیه هستند، در سال ۱۳۹۰ به ۴۰۰۰۰ نفر برسد. با در نظر گرفتن این نیاز روزافزون، ادامه پیوند از دهندگان زنده غیرخویشاوند و در کنار آن، گسترش استفاده از اجساد و نیز مبتلایان مرگ مغزی ضرورت دارد. در سال‌های اخیر تلاش‌های زیادی برای افزایش اهدای کلیه از بیماران مرگ مغزی صورت پذیرفته است [۹، ۲۶]؛ به طوری که افزایش ۴۰ درصدی در میزان پیوند کلیه از جسد [۲۶]، افزایش آگاهی مردم، استقبال از کارت‌های اهدای عضو، گسترش واحدهای فراهم آوری پیوند به ۱۳ مورد و نیز ایجاد ۱۸ واحد تایید مرگ مغزی در کشور را در پی داشته است.

<sup>۱</sup> Prevalence

<sup>۲</sup> End-Stage Renal Disease (ESRD)

<sup>۳</sup> PMP (Patients per million)

<sup>۴</sup> - مصاحبه خبرگزاری دانشجویان ایران با رئیس مرکز مدیریت پیوند و بیمارهای خاص وزارت بهداشت خاتم دکتر میرزا مهدوی مزده (۸۵/۱۲/۱۶ - کد خبر ۰۹۱۳۷ - ۸۵۱۲).

<sup>۵</sup> Primary Health Care

<sup>۶</sup> Advance Directive

<sup>۷</sup> Opting-out

<sup>۸</sup> Presumed consent

در بانک اعضا، و نیز رعایت سایر اصول اخلاقی جهت حفظ حقوق دهنده و گیرنده عضو از حساسیت ویژه‌ای برخوردار است.

دلایل و انگیزه‌های اهدا از سوی دهنده، نوع رابطه بین دهنده و گیرنده، عقیده سایرین (افرادی که از نظر دهنده، عقیده آنها اهمیت دارد) در مورد اهدا، سابقه و وضعیت فعلی سلامت روانی دهنده، آموزش در مورد پیامدهای سلامت روانی پس از اهدای عضو و نیز مسائل مالی، از مواردی هستند که در مشاوره‌های قبل از پیوند باید مورد ارزیابی قرار گیرند [۱۳]. عوامل مختلفی می‌تواند به عنوان انگیزه اهدای عضو در فرد موثر باشد؛ از جمله: احساس وظیفه اخلاقی، میل کمک به دیگران، افزایش اعتماد به نفس ناشی از انجام عمل نیک، ارزشمند بودن نتیجه حاصل از اهدا (مثلاً بهبود وضعیت سلامت فرزند یا کسی که مورد علاقه دهنده است) آشنایی با گیرنده، و اجبار و فشار درونی یا بیرونی [۱۳، ۱۴]. حتی در موارد اهدای عضو به گیرنده خویشاوند نیز ممکن است فشارهای روانی پس از پیوند وجود داشته باشد؛ به ویژه اگر فرد در اثر فشار عاطفی، ظرفیت لازم برای تصمیم‌گیری آزادانه و با اختیار را در خود نبیند و به عمل پیوند با وجود میل قلبی، رضایت دهد.

فرآیند اخذ رضایت آگاهانه (به ویژه از دهنده عضو)، با استفاده از تیم‌های مجرب و تعلیم دیده مشاوره می‌تواند تقویت شود. همکاری مددکار اجتماعی در این امر نیز ضرورت ویژه‌ای دارد. طی این فرآیند باید اطمینان حاصل شود که عمل اهدای عضو تحت فشار و اجبار صورت نمی‌گیرد. فرهنگ و تحصیلات فرد در موضوع اخذ رضایت آگاهانه، نحوه آن و میزان اطلاعات قابل ارائه، تأثیرگذار هستند؛ لذا بنظر می‌رسد نمی‌توان فرم واحدی را به همه بیماران ارائه نمود. اطلاعاتی که باید حتماً به دهنده ارائه شوند عبارتند از: چگونگی فرآیند پیوند و اطلاعات پزشکی مرتبط با آن، خطرات کوتاه مدت و دراز مدت برداشت کلیه، دوره نقاهت، تأثیر این عمل در وضعیت پزشکی گیرنده و حق دهنده برای دریافت خدمات پزشکی و مشاوره‌های روانی قبل و بعد از عمل.

در کشور ما با توجه به اعتقادات عمیق مذهبی، بسیاری از اعمال مرتبط با پزشکی همانند اهدای خون با انگیزه معنوی صورت می‌گیرد؛ این در حالی است که در سالیانی قبل برای اهدای خون در قبال وجه صف‌هایی تشکیل می‌شد. با استفاده از این روحیه

مراحل تأیید مرگ مغزی، ضرورت دارد. توضیح شفاف وضعیت بیمار و دخالت دادن خانواده در قطع مداخلات درمانی (مثل تهویه مکانیکی) و در مرحله بعدی صحبت مستقیم و تلاش در جهت اخذ رضایت در مورد پیوند عضو، اهمیت به سزایی در این حیطة دارد. با توجه به آداب شرعی و عرفی مربوط به فرد متوفی در کشور ما، اطمینان به خانواده بیمار مرگ مغزی در رعایت حدود شرعی با حضور فردی روحانی در تیم پیوند می‌تواند مثمرتر باشد.

نکته بسیار مهم این است که پس از موافقت خانواده با اهدای عضو فرد مرگ مغزی، نباید خانواده به فراموشی سپرده شود، بلکه توجه به خواسته‌های آنها قبل، حین و بعد از عمل پیوند عضو و رعایت آداب مورد نظر آنان و احترام کامل به جسد متوفی باید تضمین گردد. در برخی کشورها پرداخت هزینه‌های کفن و دفن این‌گونه بیماران پیشنهاد شده است که مسلماً می‌تواند در کشور ما نیز در راستای اعطای پاداش به خانواده دهنده عضو صورت گیرد. همچنین اعطای لوح تقدیر و تشکر معنوی از خانواده این بیماران و تهیه و تدوین برنامه‌های تبلیغی مناسب، در ایجاد روندی رو به رشد در اهدای عضو از جسد مثمرتر خواهد بود. دادن اولویت دریافت عضو به خانواده این بیماران در صورت نیاز آتی نیز می‌تواند به عنوان مشوقی در اهدای عضو، مد نظر قرار گیرد.

اما بحث اخذ پیوند از دهنده زنده با مناقشات اخلاقی مهمی روبروست که از دیدگاه برخی لاینحل بنظر می‌رسد. در این رابطه، چند نکته اساسی باید در راهنمای اخلاقی مورد نظر مورد توجه ویژه قرار گیرد:

۱. بذل توجه و دقت کافی به امر ارزیابی‌ها و مشاوره‌های لازم قبل و پس از پیوند

۲. حصول اطمینان از تصمیم‌گیری آگاهانه و رضایت معتبر دهنده

۳. رازداری در مورد اطلاعات دهنده و گیرنده

در این راستا قطع ارتباط مالی دهنده و گیرنده جهت جلوگیری از سوءاستفاده‌های احتمالی، و حرکت به سمت ایجاد نظام اهدا غیرمستقیم عضو از طریق ایجاد بانک اعضای پیوندی، راهکاری اساسی در کاهش موارد غیراخلاقی خواهد بود. بطور آشکار، با برقراری نظام اهدای غیرمستقیم، معضلات اخلاقی می‌توانند به حداقل برسند. حفظ رازداری و عدم افشای اطلاعات دهندگان

باتوجه به پیچیدگی موضوع پیوند عضو، وجود راهنمای اخلاقی، جامعه پزشکی را در برخورد با مسائل پیش روی یاری خواهد داد. در حال حاضر، راهنماهای پیوند عضو در برخی کشورها شکل قانون به خود گرفته است در حالی که در برخی دیگر، از اصول کلی اخلاقی پیروی می‌گردد؛ ولی در هر صورت اکثر کشورها قواعدی (نوشته یا گاه نانوشته) را برای پیوند عضو و بافت مدنظر قرار می‌دهند. در کشورما نیز سیاستگذاران سلامت و دست‌اندرکاران امر پیوند توجه ویژه‌ای به وجهه اخلاقی عمل پیوند در جامعه معطوف داشته و به شیوه‌های مختلف در ارتقای اخلاقی فرآیند پیوند تلاش نموده‌اند. اما راهکارهای لازم برای بکارگیری عملی راهنمای اخلاق در مراکز انجام دهنده پیوند باید اتخاذ گردیده و مورد حمایت قرار گیرند.

افزایش آگاهی‌های عمومی، تبلیغ اهدای عضو از جسد و اتخاذ سیاست‌های تشویقی متناسب با فرهنگ اجتماعی عامه در رفع کمبود عضو پیوندی مؤثر خواهد بود. در حال حاضر، انجام پیوند در کشور مبتنی بر «اهدای مستقیم» است اما با ایجاد برنامه‌های مستحکم ثبت دهنده و گیرنده و توسعه بانک‌های اعضا، می‌توان به سمت نظام «اهدای غیرمستقیم» (مگر در مورد اهدای عضو توسط خویشاوندان) حرکت نمود. وجود کمیته‌ای ویژه برای بررسی گزارش‌های احتمالی در خصوص عدم رعایت اصول اخلاقی و نیز تصمیم‌گیری در موارد دشوار، می‌تواند سلامت بیشتر نظام پیوند کشور را تضمین نماید.

بالمقوله اینار، با بهره‌گیری از ابزارهای تبلیغاتی مناسب و جلب همکاری روحانیون و مبلغان دینی، می‌توان شاهد افزایش موارد پیوند نودوستانه بود. با توجه به تأکید شرع مقدس بر حفظ جان و سلامت مسلمانان، این که آیا اهدای عضو قبل یا پس از مرگ در مواردی چون نذر، کفاره و مانند آن می‌تواند از سوی مجتهدین توصیه گردد یا نه، موضوعی است که می‌توان به آن اندیشید.

نکته مهم در اخذ پیوند از دهنده زنده، این است که ضروری که متوجه دهنده می‌شود باید در قبال سود حاصل برای گیرنده، معقول بنظر برسد و در عین حال حقوق و خواسته‌های بیماران رعایت گردد [۱۳]. علاوه بر آن، هیچگونه عارضه یا خطری، اضافه بر موارد قابل انتظار در پزشکی، نباید در حین مراحل پیوند متوجه دهنده شود؛ به عبارتی، سلامت دهنده نباید در معرض خطرانی نامعقول قرار داده شود. در عمل اهدای عضو، توجه به خواسته‌ها و سلامت و رفاه دهنده عضو، نسبت به فرد گیرنده، ارجحیت دارد اما هم دهنده و هم گیرنده باید به اقدامات آتی، نوع عمل جراحی، عوارض احتمالی و میزان موفقیت پیوند آگاه باشند. لازم بذکر است که در حال حاضر، برای جلوگیری از ضررهای احتمالی به گیرنده، بررسی بیماری‌های عفونی همچون هپاتیت B و آلودگی به ویروس HIV و یا ابتلا به ایدز قبل از انجام عمل پیوند صورت می‌گیرد.

## نتیجه‌گیری

## مآخذ

1. World Health Organization. *The Guiding Principles on Human Organ Transplantation* (1991). [http://www.who.int/ethics/topics/transplantation\\_guiding\\_principles/en/](http://www.who.int/ethics/topics/transplantation_guiding_principles/en/) (Updated: 9 January 2008)
2. World Health Organization. *Resolution WHA57.18 on Human Organ and Tissue Transplantation*, approved by the Fifty-seventh World Health Assembly, May 22, 2004. [http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA57/A57\\_R18-en.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R18-en.pdf) (Updated: 29 March 2008)
3. The World Medical Association. *Statement on Human Organ Donation and Transplantation*, adopted by the 52nd WMA General Assembly in Edinburgh, Scotland in October 2000, revised by the WMA General Assembly in Pilanesberg, South Africa, in October 2006. <http://www.wma.net/e/policy/wma.htm> (Updated: 5 March 2008)
4. The European Convention on Human Rights and Biomedicine. *The Additional Protocol concerning Transplantation of Organs and Tissues of Human Origin*, approved by the Council of Europe in Strasbourg on January 24, 2002. <http://conventions.coe.int/treaty/en/treaties/html/186.htm> (Updated: 23 January 2008)
5. American Medical Association. *Code of Medical Ethics: E-2.00 Opinions on Social Policy Issues: E-2.16 Organ Transplantation Guidelines*. <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/8448.html> (Updated: 2 February 2008)
6. Daar AS. The case for a regulated system of living kidney sales. *Nature clinical practice Nephrology* 2006; 2: 600-601.
7. Larijani B, Zahedi F, Taheri E. Ethical and legal aspects of organ transplantation in Iran. *Transplantation proceedings* 2004; 36(5); 1241-4.

8. Ghods AJ. Renal transplantation in Iran. *Nephrology, Dialysis, Transplantation* 2002; 17: 222-28.
9. Mahdavi-Mazdeh M. Renal Transplantation in Iran (Administrative view). Electronic response to: Griffin A. Kidneys on demand. *British medical journal* 2007; 334:502-505.
10. Larijani B, Zahedi F, Taheri E. Deceased and Living Organ Donation in Iran. *American Journal of Transplantation* 2006; 6(6): 1493.
11. Simforoosh N. Kidney donation and rewarded gifting: an Iranian model. *Nature Clinical Practice Urology* 2007; 4: 292-293.
12. Larijani B, Zahedi F, Ghafouri-Fard S. Rewarded gift for living renal donors. *Transplantation proceedings* 2004, 36(9): 2539-42.
13. Australian government: National Health and Medical Research council. *Organ and tissue donation by living donors: Guidelines for ethical practice for health professionals*. Endorsed 15 March, 2007. [http://www.nhmrc.gov.au/publications/synopses/\\_files/e71.pdf](http://www.nhmrc.gov.au/publications/synopses/_files/e71.pdf) (Updated: 29 February 2008)
14. Lennerling A, Forsberg A, Nyberg G. Becoming a living kidney donor. *Transplantation* 2003; 76(8):1243-7.
15. Wright L, Faith K, Richardson R, Grant D. Ethical guidelines for the evaluation of living organ donors. *Canadian journal of surgery* 2004; 47(6):408-13.
16. Geysler DL. Organ Transplantation: New regulations to alter distribution of organs. *Journal of Law, Medicine & Ethics* 2000; 28(1): 95-98.
17. United Network for Organ Sharing. *Living Donation*. <http://www.transplantliving.org/livingdonation/default.aspx> (Updated: 29 March 2008)
18. Recommendations on the Prohibition and Elimination of Organ Trafficking in Asia. In: Lo CF, Bagheri A, Tsai DFC (editors). *Proceedings of the Second Meeting, Asian Task Force on Organ Trafficking*; 26-27 January, 2008, National Taiwan University, College of Medicine, Center for Ethics, Law, and Society in Biomedicine & Technology, Taipei, Taiwan, 2008. p 9-15.
19. Scheper-Hughes N. Combating the global traffic in humans for organs: opportunities and obstacles to cross-cultural engagements. In: Lo CF, Bagheri A, Tsai DFC (editors). *Proceedings of the Second Meeting, Asian Task Force on Organ Trafficking*; 26-27 January, 2008, National Taiwan University, College of Medicine, Center for Ethics, Law, and Society in Biomedicine & Technology, Taipei, Taiwan, 2008. p 23-63.
20. deCastro LD. Commodification and exploitation: arguments in favour of compensated organ donation. *Journal of Medical Ethics* 2003; 29(3): 142-6.
21. Scheper-Hughes N. The tyranny of the gift: Sacrificial violence in living donor transplants. *American Journal of Transplantation* 2007; 7: 507-511.
22. Hippen BE. In defense of a regulated market in kidneys from living vendors. *The Journal of medicine and philosophy* 2005; 30:593-626.
۲۳. زاهدی، ف؛ لاریجانی، ب. الگوی ایرانی پیوند کلیه و راههای ارتقای اخلاقی آن. مجله دیابت و لیبید ایران ۱۳۸۶، ویژه نامه اخلاق پزشکی، در حال چاپ.
۲۴. جمع‌بندی جلسه فوق‌العاده گروه اخلاق پزشکی فرهنگستان علوم پزشکی ایران، مورخ ۱۳۸۶/۱۱/۱۵ (چاپ نشده).
25. Ghods AJ, Savaj SH. Iranian model of paid and regulated living-unrelated kidney donation. *Clinical journal of the American Society of Nephrology* 2006; 1: 1136-1145.
26. Kasemeyni SM. *Report on chronic kidney disease patients' care in Iran*. Tehran: Ministry of Health & Medical Education, March 2005.
27. Australian government: National Health and Medical Research council. *Organ and tissue donation after death, for transplantation: guidelines for ethical practice for health professionals*. Endorsed 15 March, 2007. [http://www.nhmrc.gov.au/publications/synopses/\\_files/e75.pdf](http://www.nhmrc.gov.au/publications/synopses/_files/e75.pdf) (Updated: 29 March 2007)
۲۸. لاریجانی، ب؛ زاهدی، ف؛ توکلی بزاز، ج. مباحث اخلاقی خاتمه حیات از منظر ادیان. مجله دیابت و لیبید ایران ۱۳۸۶، ویژه نامه اخلاق پزشکی، در حال چاپ.