نگرش پزشکان و پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی ایران نسبت به اهدای عضو در مرگ مغزی سال ۱۳۸۲

*دکتر علیرضا ظهور I
زکیه پیری II

چکیده

ضربه مغزی یکی از شایع‌ترین علل منجر به فوت در حوادث می‌باشد. سالانه بیش از ۱۵۰۰۰ مورد مرگ مغزی در اثر سوانح و تصادفات در کشور ما رخ می‌دهد که کم‌تر از ۱۰٪ آن‌ها جزء اهداکنندگان عضو می‌باشند. تعداد پیوند اعضا در کشور ما به دلیل کمبود اعضای اهدایی قابل پیوند، بسیار پایین‌تر از اروپا و آمریکا بوده و هر سال هزاران نفر جان خود را از دست می‌دهند. با توجه به نقش مهم پزشکان و پرستاران بخش‌های ویژه در فرایند اهدای عضو، بررسی نگرش آن‌ها نسبت به اهدای عضو در موارد مرگ مغزی ضروری به نظر می‌رسد. این مطالعه مقطعی(cross-sectional) در بهار سال ۱۳۸۲ به منظور تعیین نگرش پزشکان و پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی ایران نسبت به اهدای عضو در مرگ مغزی صورت گرفت. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه خود ساخته و روش نمونه‌گیری به شکل سرشماری استفاده گردید و به طور کلی ۸٤ نفر(۲۸ پزشک و ٥٤ پرستار) مورد بررسی قرار گرفتند. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های مجذور کای و تی استفاده شد. در این بررسی حدود ۹۵٪ پزشکان و پرستاران با پیوند اعضا از افراد مبتلا به مرگ مغزی موافق بودند اما تنها حدود ۷۹٪ راضی به تکمیل و امضای کارت اهدای عضو گردیدند. نجات گیرنده عضو، توجه به بعد انسانی، بعد معنوی، تداوم حیات در دیگران و ایجاد نشاط در گیرندگان عضو به ترتیب مهم‌ترین دلایل موافقت افراد تکمیل کننده کارت اهدای عضو بود. در مقابل، مغایر بودن با مسایل شرعی، علاقه به اعضای بدن، مخالفت خانواده و ناامید کردن اطرافیان به ترتیب مهم‌ترین دلایل بیان شده از سوی مخالفان بوده است. با توجه به نقش مهم پزشکان و پرستاران بخش‌های ویژه در فرایند اهدای عضو برنامه‌ریزی آموزشی در جهت افزایش آگاهی و تقویت انگیزه و اعتماد به نفس در آن‌ها برای ایجاد ارتباط بهتر با نزدیکان بیماران مبتلا به مرگ مغزی توصیه می‌گردد.

کلیدواژه‌ها: ۱ – اهدای عضو ۲ – مرگ مغزی ۳ – نگرش پزشکان و پرستاران ۴ – بخش مراقبت ویژه

مقدمه

ضربه مغزی یکی از شایع ترین علل فوت در حوادث می‌باشد. در ایران سالانه بیش از ۱۵۰۰۰ مورد مرگ مغزی در اثر حوادث رخ می‌دهد. در مرگ مغزی بیمار فعالیت‌های قشر و ساقه مغزی خود را از دست داده و فاقد تنفس و پاسخ به تحریکات داخلی و خارجی می‌باشد و در حالت اغمای کامل به سر می‌برد.

در این شرایط احتمال بازگشت فعالیت‌های اشاره شده وجود ندارد و بیمار تنها دارای ضربان خودکار قلب است

I) دانشیار اپیدمیولوژی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی، خیابان ولی‌عصر، بالاتر از ظفر، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی ایران، تهران.(*مولف مسئول)
II) مربی و کارشناس ارشد مدیریت اطلاعات بهداشتی و درمانی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی تبریز، دانشجوی دوره دکترای دانشگاه علوم پزشکی ایران.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]

که ادامه آن به کمک دستگاه تنفس مصنوعی و به طور موقت به مدت چند ساعت تا حداکثر چند روز امکان‌پذیر می‌باشد(۳-۱).

بحث پیوند اعضای انسانی در موارد نارسایی برگشت‌ناپذیر یک عضو از مدت‌ها قبل در محافل علمی ـ اجتماعی مطرح بوده و از ابعاد مختلفی از جمله علمی، اخلاقی، مذهبی، سیاسی و حقوقی به آن پرداخته شده است(٤و ٥).

موضوع پیوند اندام‌های حیاتی مانند قلب، کلیه، ریه، کبد، چشم و ... از بیماران مبتلا به مرگ مغزی قبل از توقف قلب، از آن رو که نجات دهنده بیمار دیگری می باشد از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. در قوانین اسلامی پیوند اعضا ممنوع نبوده و اساس آن نوع‌دوستی می‌باشد و اسلام تشویق کننده اعمال نوع دوستانه است. به طوری که بسیاری از علمای بزرگ مذهبی در کشورهای اسلامی آن را تأیید نموده‌اند(۳-۱).

امروزه پیوند در اغلب مناطق دنیا از جمله کشورهای آسیایی قابل انجام بوده و از جنبه‌های مختلف، پیش‌رفت‌های زیادی داشته است(٦و ٧).

فراوانی پیوند اعضا به خصوص در آمریکا و اروپا در ۳ دهه اخیر از افزایش چشم‌گیری برخوردار بوده است. به طور مثال در آمریکا پیوند قلب حدود ۱۷۰٪ بین سال‌های ۱۹٦۸ تا ۱۹۸۱، ۱۸۳۵٪ بین ۱۹۸۲ تا ۱۹۹۰ و ۸٪ بین ۱۹۹۱ تا ۱۹۹٤ افزایش نشان داده است(۸). این افزایش در رابطه با پیوند ریه بین سال‌های ۱۹۹۱ تا ۱۹۹۲، ۳۲٪ بوده است(۹). تعداد بیماران مبتلا به نارسایی کلیه در ایران در سال حدود ۷۰۰۰ نفر برآورد شده است.

هر سال صدها نفر از مردم کشور ما به دلیل نارسایی کلیوی و عدم دست‌یابی به کلیه پیوندی می‌میرند و هزاران نفر نیز به کمک دستگاه‌های دیالیز علاوه بر هزینه سرسام‌آور، زندگی مشقت باری را می‌گذرانند(۱و ۲).

متوسط تعداد بیماران مبتلا به نارسایی کلیه در جهان حدود ۱۰۰ نفر در میلیون برآورد شده که فاصله بسیار زیادی با تعداد کلیه‌های اهدایی از افراد با مرگ مغزی دارد. این تعداد در آمریکا حدود ۱٦ در میلیون، در استرالیا ۱۳ در میلیون و در اروپا ۱۵ در میلیون گزارش شده است.

در حال حاضر در اغلب کشورهای اروپایی و آمریکایی(نظام رضایت داوطلبانه) در رابطه با پیوند اعضا مورد استفاده قرار می‌گیرد(۱۰-۸) در حالی که تقاضا برای پیوند اعضا در اغلب کشورهای جهان در دهه گذشته حدود ٤ برابر شده اما کمبود اعضای اهدایی به خصوص در کشورهای آسیایی مانع اصلی پیوند اعضا محسوب می‌شود(۱۱و ۱۲).

بررسی‌های آماری نشان داده است که اختلاف بین تعداد نیازمندان در لیست انتظار پیوند با تعداد اعضای در دست‌رس رو به افزایش است(۱۵-۱۲).

در ژاپن در حالی که تعداد بیماران دیالیزی در سال ۱۹۹٦ در حدود ۱٦۰/۰۰۰ نفر گزارش شده و هر سال هزاران نفر در لیست انتظار پیوند کلیه قرار دارند و صدها نفر جان خود را از دست می‌دهند، تنها ۲۸٪ پیوندهای کلیه انجام شده از افراد با مرگ مغزی تأمین می‌گردد(٦).

با وجود آن که کشورهای آمریکایی و اروپایی نیز برای پیوند اعضا با کمبود اعضای اهدایی روبرو هستند، تفاوت چشم‌گیری بین این کشورها با کشورهای آسیایی در این رابطه وجود دارد. براساس بررسی‌های آماری در سال ۱۹۹۵، تعداد پیوندهای انجام شده در کشور آمریکا حدود ۲۰/۰۰۰ مورد و در کل کشورهای آسیایی حدود ۸۰۰۰ مورد بوده است(٤و ۷).

کمبود بودجه، عدم احساس مسئولیت سیاستمداران، تشریفات دست و پا گیر اداری، عدم وجود لوایح قانونی لازم، کمبود نیروهای متخصص، عدم وجود سازمان‌های مسئول، نگرش‌های گوناگون مذهبی و مهم‌تر از همه عدم پذیرش بخش اعظم جامعه نسبت به اهدای عضو از مرگ مغزی در کشورهای آسیایی را می‌توان از جمله علل این تفاوت چشم‌گیر دانست(٤، ٦، ۷و ۱۵).

ارزش‌ها و باورهای مذهبی اطرافیان بیمار مبتلا به مرگ مغزی، مهم‌ترین عامل موثر در تصمیم‌گیری برای قطع درمان بیمار و اجازه برداشت عضو از جسد بیان شده

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]

است(۱۶و ۱۷). براساس برآورد انجام شده بیمارستان‌ها به علت نداشتن فرایند مشخص در مورد اهدای عضو، $\frac{1}{3}$ از اهدا کنندگان احتمالی را از دست می‌دهند(۱۸) زیرا تمام افراد اهدا کننده شناسایی نشده و گزینه اهدای عضو در اختیار همه افراد قرار نمی‌گیرد(۱٤).

عده‌ای از پژوهش‌گران نشان داده‌اند که نگرش پرستاران و پزشکان بخش‌های ویژه نسبت به اهدای عضو با اعتماد به نفس آن‌ها در جلب رضایت اطرافیان بیمار مبتلا به مرگ مغزی و موفقیت در این امر در ارتباط می‌باشد(۱۲، ۱٤و ۱۹). هم‌چنین محققان نگرش مثبت نسبت به اهدای عضو در پزشکان و پرستاران بخش‌های ویژه را با موافقت آن‌ها به تشویق و توجیه اطرافیان بیماران مرگ مغزی در اهدای عضو یا بافت در ارتباط دانسته‌اند(۱۱، ۱۲، ۱٦و ۱۹). پژوهش‌های انجام شده در آمریکا، انگلستان و کانادا بیان کننده آن است که حدود ۸۰ تا ۹۵٪ پزشکان و پرستاران با اهدای عضو در مرگ مغزی موافق هستند(۵، ۱٦، ۱۹و ۲۰) اما تنها ۲۵ تا ۷۰٪ آن‌ها حاضر شدند تا کارت اهدای عضو را امضا کنند(۲۲-۱۹).

مهم‌ترین دلایل مخالفت پزشکان و پرستاران با امضای کارت اهدای عضو باورهای مذهبی و بد شکل شدن جسد ذکر شده بود(۲۲). با توجه به نقش مهم پزشکان و پرستاران بخش‌های ویژه در فرایند اهدای عضو از جمله ارتباط نزدیک آن‌ها با بستگان بیماران مبتلا به مرگ مغزی(۵، ۱۱و ۲۲)، به نظر می‌رسد که شناخت نگرش پزشکان و پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه به اهدای عضو در مرگ مغزی به خصوص با توجه به تعداد کم پژوهش‌های انجام شده برای برنامه‌ریزان از اهمیت بالایی برخوردار است.

این مطالعه به منظور تعیین نگرش پزشکان و پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی ایران نسبت به اهدای عضو در مرگ مغزی صورت گرفت. هم چنین در این پژوهش از پزشکان و پرستاران مورد بررسی خواسته شد که با استفاده از تجربه خود در برخورد با اطرافیان بیماران مبتلا به مرگ مغزی و گیرندگان عضو مهم‌ترین موانع پیوند اعضا را بیان نمایند.

روش بررسی

این مطالعه به صورت مقطعی (cross-sectional) در بهار سال ۱۳۸۲ به منظور تعیین نگرش پزشکان و پرستاران بخش‌های مراقبت‌های ویژه بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی ایران(۱۰ بیمارستان) نسبت به اهدای عضو در مرگ مغزی انجام شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه خود ساخته ۲ قسمتی استفاده گردید.

قسمت اول پرسش‌نامه مربوط به بررسی خصوصیات دموگرافیکی(سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت تاهل، سابقه کار و شغل) و قسمت دوم شامل ۱۰ سوال بسته و باز مربوط به تعیین نگرش افراد تحت بررسی نسبت به اهدای عضو در موارد مرگ مغزی بود. برای جمع‌آوری داده‌ها پرسش‌نامه بین تمام پزشکان و پرستاران شاغل در بخش‌های مذکور در تمام شیفت‌های کاری توزیع شد.

پژوهش‌گران پس از چند بار مراجعه به بخش‌های ذکر شده موفق به جمع‌آوری ۸۲٪ از پرسش‌نامه‌ها گردیدند. دوازده پرسش‌نامه به دلیل ناقص بودن از مطالعه حذف شد و در نهایت ۸٤ پرسش‌نامه مورد بررسی قرار گرفت.

اعتبار پرسش‌نامه با بازنگری ۱٤ کارشناس مرکز بیماری‌های خاص و اعضای هیئت علمی دانشگاه‌ها مورد تایید قرار گرفت. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS و از آزمون‌های مجذور کای و تی برای تعیین ارتباط بین خصوصیات دموگرافیکی با رضایت‌مندی در تکمیل کارت اهدای عضو استفاده گردید.

نتایج

حدود ٦۷٪ افراد تحت بررسی پرستار و بقیه پزشک و ۸٤٪ پرستاران و ٤٦٪ پزشکان زن بودند. میانگین سنی افراد تحت بررسی ٦/۹٤±۳۱/۸۵ سال بود. حدود ۵۷٪ افراد تحت بررسی متأهل، ٤۰٪ مجرد و سایر افراد بیوه یا جدا شده بودند. حدود ۹۵٪(۸۰ از ۸٤) افراد تحت بررسی با پیوند عضو از افراد با مرگ مغزی موافق و بقیه مخالف بودند. مهم‌ترین دلایل ارائه شده از سوی افراد موافق با

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]

پیوند اعضا به ترتیب نجات فرد گیرنده عضو، انجام عملی انسان دوستانه، انجام کاری خداپسندانه، ایجاد نشاط در اطرافیان گیرنده عضو و ایجاد آرامش و تسلی خاطر اطرافیان بیمار مبتلا به مرگ مغزی بود.

مهم‌ترین دلایل مخالفان پیوند اعضا به ترتیب دلایل شرعی و ایجاد ناامیدی در اطرافیان بیمار بیان گردید. تنها حدود ۷۹٪(٦۷ از ۸٤) از پزشکان و پرستاران تحت بررسی، راضی به تکمیل و امضای کارت اهدای عضو شدند.

مهم‌ترین دلایل بیان شده توسط موافقان و مخالفان در جدول شماره ۱ آورده شده است.

بین خصوصیات دموگرافیکی(سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت تاهل، سابقه کار و شغل) و رضایت برای تکمیل کارت اهدای عضو ارتباطی مشاهده نگردید.

جدول شماره ۱- مهم‌ترین دلایل موافقان و مخالفان با تکمیل کارت اهدای عضو

موضوع	تعداد	درصد
دلایل موافقان:(n=٦۷)		
نجات گیرنده عضو	۱۵	۲۲/٤
عملی انسان دوستانه	۱۲	۱۷/۹
عملی خداپسندانه	۱۱	۱٦/٤
تداوم حیات در دیگران	۷	۱۰/٤
ایجاد نشاط در گیرنده عضو و خانواده‌اش	٦	۹
ایجاد آرامش در اطرافیان دهنده عضو	۵	۷/۵
کاهش هزینه‌های درمانی	٤	٦
کمک به پیش‌رفت علم پزشکی	۳	٤/٤
تقویت جو هم‌بستگی اجتماعی	۲	۳
توسعه فرهنگ اهدای عضو در جامعه	۲	۳
دلایل مخالفان:(n=۱۷)		
مسایل شرعی	٦	۳۵/۳
علاقه به اعضای بدن	٤	۲۳/۵
مخالفت خانواده	۳	۱۷/٦
ناامید کردن اطرافیان	۲	۱۱/۸
احتمال سوء استفاده تجاری از اعضای بدن	۱	۵/۹
مغایرت با سیر طبیعی حیات و مرگ	۱	۵/۹

حدود ۷۰٪(۵۹ از ۸٤) از پزشکان و پرستاران حداقل ۱ بار سابقه رویارویی با اطرافیان بیمار مبتلا به مرگ مغزی را داشتند.

حدود ۵٦٪(۳۳ از ۵۹) این افراد حداقل ۱ بار شاهد موافقت اطرافیان بیمار مبتلا مرگ مغزی با اهدای عضو بیمار بودند.

براساس اظهارات پزشکان و پرستاران، مهم‌ترین دلایل افراد موافق به ترتیب انسان‌دوستی، رضایت خداوند، شادی روح بیمار، گرفتن پول در برابر عضو اهدایی و وصیت مصدوم بوده است.

حدود ٤٤٪(۲٦ نفر از ۵۹ نفر) آن‌ها حداقل ۱ بار شاهد مخالفت اطرافیان بیمار مبتلا به مرگ مغزی نسبت به اهدای عضو بیمار بودند که مهم‌ترین علل مخالفان را به ترتیب، مغایرت با مسایل شرعی، احتمال بهبودی بیمار، احساس عاطفی نسبت به شخص فوت کرده، غیرانسانی دانستن برداشت اعضا از جسد، نارضایتی از مراقبت پرسنل بیمارستان از بیمار و آگاهی نداشتن از نظرات بیمار نسبت به این عمل بوده است.

حدود ۲٦٪(۲۲ از ۸٤) آن‌ها حداقل ۱ بار سابقه رویارویی با بیماران نیازمند به دریافت عضو را داشتند.

حدود ۲۳٪(۵ از ۲۲) این افراد حداقل ۱ بار شاهد مخالفت بیمار یا اطرافیان او برای دریافت عضو از افراد مبتلا به مرگ مغزی بودند.

براساس اظهارات پزشکان و پرستاران مورد بررسی، مهم‌ترین دلایل مخالفان برای دریافت عضو به ترتیب مغایرت با مسایل شرعی، امکان ابتلا به یکی از بیماری‌های خطرناک قابل انتقال و احساس گناه نسبت به فرد فوت کرده بوده است.

بحث

در حالی که حدود ۹۵٪ پزشکان و پرستاران با پیوند عضو از افراد مبتلا به مرگ مغزی موافق بودند، تنها ۷۹٪ آن‌ها کارت اهدای عضو را تکمیل و امضا کردند.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]

در این مطالعه مقطعی که به منظور تعیین آگاهی و نگرش شهروندان ۲۰ تا ٦۰ ساله تهرانی نسبت به اهدای عضو در موارد مرگ مغزی انجام شد، ۵۲٪ افراد مورد بررسی راضی به تکمیل و امضای فرم اهدای عضو بودند. رضایت دهندگان مهم‌ترین دلایل خود را توجه به بعد انسانی و معنوی بیان کردند(۲۳).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که اغلب پزشکان و پرستاران با وجود نگرش مثبت نسبت به اهدای عضو، در تحقق بخشیدن به باورهای خود دچار شکست شده‌اند(۱۱).

در مقایسه‌ای که بین پزشکان و پرستاران بخش‌های مختلف انجام شد، افرادی که در بخش‌های مراقبت‌های ویژه کار می‌کردند، به طور معنی‌داری بیش از سایر پرستاران مایل به همکاری در رابطه با پیوند اعضا بودند(۵).

در آمریکا، انگلستان و کانادا حدود ۸۰ تا ۹۵٪ پزشکان و پرستاران با اهدای عضو در موارد مرگ مغزی موافق بودند(۵، ۱٦، ۱۹و ۲۰) اما تنها ۲۵ تا ۷۰٪ آن‌ها حاضر شدند تا کارت اهدای عضو را امضا کنند(۲۲-۲۰). به عنوان مثال ۹۵٪ از پزشکان متخصص کانادایی و حدود ۸٤٪ پرستاران هنگ‌کنگی با اهدای عضو در موارد مرگ مغزی موافق بودند اما تنها ٦۳٪ پزشکان کانادایی و ۲۳٪ پرستاران هنگ‌کنگی کارت اهدای عضو را داوطلبانه امضا کردند(۱۹و ۲۰).

بین نگرش پرستاران و پزشکان بخش‌های ویژه نسبت به اهدای عضو با اعتماد به نفس آن‌ها در جلب رضایت اطرافیان بیمار مبتلا به مرگ مغزی و موفقیت در این امر ارتباط وجود دارد(۱۲، ۱٤و ۱۸). به طوری که محققان نگرش مثبت نسبت به اهدای عضو در پزشکان و پرستاران بخش‌های ویژه را با تشویق بستگان بیماران مبتلا به مرگ مغزی برای اهدای عضو یا بافت و هم چنین تعداد موارد تقاضای بستگان بیمار برای اهدای عضو یا بافت در ارتباط دانسته‌اند(۱۱، ۱۲، ۱٦و ۱۹).

نگرش پزشکان و پرستاران هم بستگی مثبتی را با دانش و تجربه آن‌ها در زمینه پیوند و اهدای عضو مرده نشان داده است به طوری که پزشکان و پرستاران دارای دانش و تجربه بیش‌تر در زمینه پیوند، نگرش مثبت‌تری نسبت به پیوند بافت مرده داشتند(۱۲و ۲۰).

مهم‌ترین دلایل مخالفان برای تکمیل و امضای کارت اهدای عضو به ترتیب مسایل شرعی، خاک سپاری بدون نقص و تغییر در اعضای بدن، مخالفت خانواده، ایجاد ناامیدی در اطرافیان بیمار، احتمال سوء استفاده تجاری از اعضا و مغایرت با سیر طبیعی حیات و مرگ بوده است.

در یک مطالعه ارزش‌ها و باورهای مذهبی اطرافیان بیماران مبتلا به مرگ مغزی مهم‌ترین متغیر موثر در تصمیم‌گیری برای قطع درمان بیمار و اجازه برداشت عضو از جسد معرفی شده بود(۱٦). در حالی که در یک پژوهش دیگر، مهم‌ترین دلایل مخالفت پزشکان و پرستاران با امضای کارت اهدای عضو باورهای مذهبی و بد شکل شدن جسد ذکر گردیده بود(۲۲).

در مطالعه‌ای دیگر مهم‌ترین دلایل مخالفان اهدای عضو در موارد مرگ مغزی، حفظ تمامیت و حرمت جسد، مغایر بودن با مذهب و عدم اطلاع از مفهوم مرگ مغزی گزارش شد(۲٤).

نتایج حاصل از پژوهش‌ها نشان داده است که آموزش در افرادی که مخالف با تکمیل و امضای کارت اهدای عضو هستند موجب تغییر نگرش، دانش و باورهای مذهبی آن‌ها می‌شود و تصمیم‌گیری اغلب آن‌ها را در جهت موافق تغییر می‌دهد(۲۵و ۲٦).

با توجه به اظهارات پزشکان و پرستاران مهم‌ترین علل موافقت اطرافیان بیمار مبتلا به مرگ مغزی با اهدای عضو بیمارشان به ترتیب انسان دوستی، رضایت

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]

خداونـد، شـادی روح بیمـار، گرفتـن پـول در برابـر عضـو اهدایـی و وصیـت مصـدوم بـوده است. در حـالی کـه مهم‌تریـن دلایـل مخالفـت آن‌هـا بـه ترتیـب مغـایرت بـا مسایـل شرعـی، احتمـال بهبـودی بیمـار، احساس عاطفـی نسبـت بـه فرد فوت کرده، غیر انسانـی دانسـتن برداشـت اعضـا از جسـد، نارضـایتی از مراقبـت پرسنـل بیمارستـان از بیمـار و آگاهـی نداشـتن از نظرات فـرد فـوت کـرده نسبـت بـه ایـن عمـل بـوده است.

پژوهشی که از طریق مصاحبه تلفنـی بـا بسـتگان درجـه اول بیماران مبتلا به مرگ مغزی صورت گرفـت، نشـان داد کـه ویـژگی‌هـای شـخصیتی بیمـار، باورهـا و نگرش‌هـای خانواده بیمار، اطلاع از خواسته بیمار مـورد اهـدای اعضـا، رضایت بستگان از مراقبت پزشکـی ارائـه شـده بـه بیمـار، درک خانواده بیمار از مرگ مغـزی در رضایت برای اهدای عضـو موثـر بوده‌انـد(۲۷). بنابرایـن بـه نظـر می‌رسـد کـه افزایش کیفیـت مراقبت بیمارستانـی از بیمـاران مبتـلا بـه مرگ مغزی ضمن حفـظ عضـو پیوندی می‌توانـد در جلـب رضایت خـانواده آن‌هـا و در نتیجـه افزایـش مـوارد اهـدای عضو موثر باشد.

پژوهش‌گران نشان داده‌اند که افزایـش آگـاهی مـردم در مورد مـرگ مغـزی و پدیـده پیونـد اعضـا موجـب تغییـر نگرش و افزایـش درصـد اهـداکنندگـان عضـو گردیـده است.

به طـوری کـه در انگلسـتان طـی یـک برنامـه آموزشـی گسترده در این زمینه در سال ۱۹۸۵ توانستند درصـد اهـدا کنندگان اعضا را بـه دنبـال مـرگ مغـزی از سـال ۱۹۸٦ تـا ۱۹۸۸ به میزان ۱٦٪ افزایش دهند.

براسـاس نتـایج یـک نظرسنجـی روی دانشـجویان پزشـکی در مقاطـع مختلـف تحصیلـی تنـها ۷۸٪ دانشجویان سـال اول پزشـکی بـا اهـدای اعضـای خـود در صورت مرگ مغـزی موافـق بودنـد، در حالـی کـه بیش از ۹۸٪ دانشجویان پزشکـی در سال‌هـای بـالا در ایـن مـورد موافقـت خـود را اعـلام نمودنـد(۱۰و ۱۵). ایـن مسئلـه می‌توانـد نشـان دهنـده تاثیـر آگاهـی بـر نگرش افراد در این زمینه باشد. پژوهش‌گـران ژاپنـی نشـان داده‌انـد کـه توافـق افکـار عمومـی بـر انسانـی بـودن چنیـن اقدامـی بسیـار زیـاد اسـت. بـه طـوری کـه حـدود ۵۰٪ کسـانی کـه راضـی بـه اهـدای عضـو خـود نبوده‌انـد ایـن عمـل را یـک عمـل انسانـی و ارزشمنـد می‌دانستنـد. آن‌هـا بـا مبـاحث ارتقـای سـلامت(Health promotion) توانستنـد نگـرش افـراد تحت بررسی را به سوی پیوند اعضا و اهدای عضو تقویت نمایند(۲۵).

در پژوهـش حاضـر پزشکـان و پرسـتاران پیشنهاداتـی را بـه منظـور تقویت انگیـزه در مـردم نسبـت بـه اهدای عضـو و رفـع مشکلات پیونـد اعضـا در کشورمان مطرح کردند که عبارتند از:

۱- بـالا بـردن سطـح آگاهـی مـردم توسـط روان‌شناسـان، پزشکـان و روحانیان با استفاده از صدا و سـیما، روزنامـه‌ها و پخـش فیلم‌هـای خبـری و سینمایـی.

۲- قـرار دادن مطـالب مربـوط بـه مـرگ مغـزی در کتاب‌های درسی.

۳- قدردانی از خانواده‌هایی که راضـی بـه اهـدای عضـو بیمارشان شده انـد.

٤- نمایـش زندگی مشقت بار و رنج‌آور بیماران نیـازمند به دریافت عضو.

۵- نمایش زنـدگـی دریـافت کننـدگـان پـس از دریـافت عضو.

٦- گزارش سریع موارد مشکوک به مرگ مغـزی توسـط بیمارستان‌ها به بانک پیوند اعضا.

۷- مراقبـت از بیمـاران مـرگ مغـزی در بیمارستان‌ها.

اگـر چـه آمـوزش همگـانی بـه شـیوه‌های مختلـف بـه خصوص از طریـق برنامـه‌های صـدا و سـیما و هـم چنیـن مطبوعات، یـک ضـرورت اساسـی بـرای افزایـش مـوارد اهدای عضو می‌باشـد، شناسایـی دهنـدگـان، تـاکید بـر

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]

حیاتی بودن موضوع، تحقق بخشیدن به رضایت نامه‌ها و جلب رضایت اطرافیان بیماران مرگ مغزی از جمله مسایلی است که در بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان‌ها توسط پزشکان و پرستاران بیش‌تر قابل مشاهده است.

بررسی‌ها در اروپا نشان داده است که بیمارستان‌ها [۱] دهندگان را از دست می‌دهند(۱۸).

پژوهش دیگری [۳] نشان داد که فقدان آموزش و ترس کارکنان بخش‌های ویژه از افزایش فشار روحی نزدیکان بیمار از جمله موانع افزایش موارد اهدای عضو بوده است(۱٤).

با توجه به موارد فوق، پژوهشگران پیشنهاد می‌کنند که در کنار آموزش‌های همگانی برای تمام افراد جامعه، برنامه‌ریزی آموزشی جهت افزایش آگاهی، تقویت انگیزه و اعتماد به نفس کارکنان بخش‌های ویژه باید صورت گیرد تا با ایجاد ارتباط موثرتر با نزدیکان بیماران مرگ مغزی، افزایش موارد اهدای عضو پیوندی متناسب با نیاز بیماران در کشور تحقق یابد.

منابع

۱- لاریجانی ـ باقر. نگرش جامع به پیوند اعضا، چاپ اول، تهران، بنیاد امور بیماری‌های خاص، اردیبهشت ۱۳۷۸، صفحه: ۱۸-۱۵، ۹۷-۹۵ و ۲٤۳-۲٤۵.

۲- گزارش سمینار مرگ مغزی و پیوند اعضا. چاپ اول، تهران، بنیاد امور بیماری‌های خاص، بهمن ۱۳۷۷، صفحه: ۳٤-۵۳.

3- Ebrahim AF. Islamic jurisprudence and the end of huuman life, Med Low 1998, 17(2): 189-96.

4- Park K. Prospect of organ sharing and startegies for increasing transplants in Asia, Transplantation proceeding, 1998 Nov, 30(7): 3647.

5- Sque M., Payne S., Vlachonikolis I. Cadaveric donotransplantation: nurses' attitudes, knowledge and behaviour, Soc Sci Med, 2000 Feb, 50(4): 541-52.

6- Ota K. Strategies for increasing transplantation in Asia and prospects of organ sharing: Japanese experience, Transplantation proceeding, 1998 Nov, 30: 3650-2.

7- Daar AS. Prospects of organ sharing and startegies for increasing transplants in Asia, Transplant Proc, 1998 Nov, 30(7): 3649.

8- Keck BM, White R, Breen TJ, Daily OP, Hosenpud JD. Thoracic organ transplants in the United States: a report from the UNOS/ISHLT Scientific Registry for Organ Transplants. United Network for Organ Sharing. International Society for Heart and Lung Transplantation, Clinic Transplant, 1994; 9:37-46

9- Breen TJ, Keck B, Hosenpud JD, White R, Daily OP. Thoracic organ transplants in the United States from October 1987 through December 1992: a report from the UNOS Scientific Registry for Organ Transplants, Clinic Transplant, 1993; 7:37-45

10- Lewis A, Snell M. Increasing kidney transplantation in Britain: the importance of donor cards, Public opinion and medical practice, Soc Sci Med, 1986; 22(10): 1075-80

11- Ingram JE, Buckner EB, Rayburn AB, Critical care nurses' attitudes and knowledge related to organ donation, Dimens Crit Care Nurs. 2002 Nov-Dec;21(6): 249-55.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]

12- Kennedy HB, Farrand L. Attitudes of emergency nurses toward organ and tissue donation, J Emerg Nurs, 1996 Oct;22(5): 393-7.

13- Miranda B, Matesanz R. International issues in transplantation. Setting the scene and flagging the most urgent and controversial issues, Ann N Y Acad Sci, 1998 Dec 30; 862: 129-43.

14- Wight, Celia, Two Initiatives Designed to maximize the potential for organ donation from Intensive Care Unit Annals of Tranplantation,1998, 3(2): 13-17.

15- Shrivastava A, Bhandari M, Kumar A, Singh P, Sharma PK. Strategies for increasing transplantation in India and prospects of organ sharing, Transplantation proceedings, 1998 Nov; 30(7): 3648.

16- Keenan SP, Hofmaster B, Rutlege F, Eberhard J, Chen LM, Sibbald WJ. Attitudes regarding organ donation from non-heart-beating donors., J Crit Care, 2002 Mar;17(1):29-36; discussion 37-8.

17- Nathan HM, Jarrell BE, Broznik B. Estimation and characterization of the potential renal organ donor pool in Pennsylvania, Transplantation, 1991, 51:142-149.

18- Winecka, Anna Jakubowska. Psychological rules of communication with relatives of potential organ donor-the polish experience, Annals of Tranplantation,1998, 3(1): 42-4.

19- Molzahn AE. Knowledge and attitudes of physicians regarding organ donation, Ann R Coll Physicians Surg Can, 1997 Feb; 30(1): 29-32.

20- Chan YM, Po-lin PL, Lee WK, Wong N. Attitudes of Hong Kong nurses toward cadaveric organ donation, ANNA J, 1997 Aug; 24(4): 413-9; discussion 420-1.

21- Matten MR. Nurses' knowledge, attitudes, and beliefs regarding organ and tissue donation and transplantation, Public Health Rep, 1991 Mar-Apr; 106(2): 155-66.

22- Kent B, Owens RG.Conflicting attitudes to corneal and organ donation: a study of nurses' attitudes to organ donation, Int J Nurs Stud, 1995 Oct; 32(5): 484-92.

۲۳- ظهور ـ علیرضا. نگرش شهروندان تهرانی به پیوند اعضا و اهدای عضو در مرگ مغزی، ۱۳۷۹. فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی اردبیل، سال دوم، شماره ششم، زمستان ۸۱، صفحه: ۳۶-۲۹.

24- Daar A.S. The evolution of organ transplantation in the Middle East. Transplantation proceedings, 1999 Feb-Mar; 31(1-2): 1070-1

25- Hagihara A, Murakami M, Miller AS, Nobutomo K. Association between attitudes toward health promotion and opinions regarding organ transplants in Japan, Health policy, 1997 Nov; 42(2): 157-70.

26- Callender CO, Hall MB, Branch D. An assessment of the effectiveness of the Mottep model for increasing donation rates and preventing the need for transplantation-adult findings: program years 1998 and 1999. Semin Nephrol 2001 Jul; 21(4): 419-28.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]

27- DeJong W. Requesting organ donation: an interview study of donor and nondonor families, Am J Crit Care, 1998 Jan;7(1):13-23.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]

Attitudes of Physicians and Nurses of Intensive Care Units to Organ Transplantation with Brain Dead in the Hospitals Affiliated with Iran University of Medical Sciences(Tehran-2003)

***A.R. Zohoor, Ph.D.**[I] **Z. Piri, MSc**[II]

Abstract

Studies have indicated that brain dead is one of the most important factors of death in accidents. In our country more than 15000 brain dead occur in each year, about 10% of which are in donor group. The number of transplants is low compared to those in Europe and the United States. One of the most important causes of limitation in transplantation is a shortage of donor organs. Physicians and nurses of Intensive Care Units play an essential role in the process of organ donation in brain dead cases. The object of the present study was to determine attitudes towards organ donation in brain dead among physicians and nurses of Intensive Care Units in hospitals affiliated with Iran University of Medical Sciences in 2003. In this cross-sectional study a total number of 84 (28 physicians and 54 nurses) were surveyed without sampling. Data which was collected via using a self-made questionnaire was then analysed by SPSS software, Chi square and T-tests. While 95% of physicians and nurses agreed with organ donation in brain dead, only 79% were interested in signing the donation consent. Reasons for agreement were: to save the life of recipient, to get reward in the judgement day, to cause life continuation in others and to cause happiness in organ recipients, respectively. Physicians and nurses of Intensive Care Units have an important role in the process of organ donation, therefore educational programmes are recommended to increase their knowledge, motivation and self-confidence in order to have more effective communication with relatives of patients with brain dead.

Key Words: 1) Organ donation 2) Brain dead

3) Physicians' and nurses' attitudes 4) Intensive Care Unit

***I*)** *Associate Professor of Epydemiology. School of Management and Medical Information Sciences. Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran(*Corresponding Author).*

***II*)** *Instructor of Health Information Administration. Tabriz University of Medical Sciences and Health Services. Ph.D. student of Iran University of Medical Sciences and Health Services.*

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]