

بررسی عوامل اجتماعی - فرهنگی مؤثر بر اهداء عضو و بافت پس از مرگ مغزی (مطالعه موردی: شهروندان یزد)

اکبر زارع شاه‌آبادی^۱
زینب شاکیان^۲
لیلی بنیاد*^۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۱۲/۲۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱۰/۲۲

چکیده

پیشرفت علم و تکنولوژی در زمینه دانش پزشکی، امید به بهبود بسیاری از بیماری‌های ناشی از تخریب اعضا را ایجاد کرده است. که پیوند عضو اغلب بهترین یا تنها راه نجات این بیماران است. هدف این پژوهش بررسی عوامل اجتماعی- فرهنگی مرتبط با اهداء عضو در بین شهروندان یزدی است. که به روش پیمایشی انجام شده است پرسشنامه مورد استفاده در این پژوهش شامل ترکیبی از سؤالات پرسشنامه سلامت جهانی و محقق ساخته است که روایی آن از طریق صوری و پایایی از طریق آلفای کرونباخ به‌دست آمده است که با استفاده از فرمول کوکران ۳۸۴ نفر به‌عنوان حجم نمونه به شیوه نمونه‌گیری چندمرحله‌ای انتخاب شدند. به این صورت که در مرحله اول تعداد ۲۰ محله از محلات شهر به شیوه تصادفی انتخاب شدند و در مرحله بعد در داخل محلات به شیوه سیستماتیک خانوارها انتخاب شده و در مرحله سوم در داخل خانوار منتخب یک نفر از افراد بالای ۱۸ سال به تصادف پرسشنامه را تکمیل کرده است. در خانوار اول فردی که فاقد کارت اهداء عضو بوده است پرسشنامه تکمیل نموده، اما خانوارهای بعدی یک در میان از فردی که دارای کارت اهداء عضو بوده به تکمیل پرسشنامه اقدام کرده است در مواردی که افراد خانواده دارای کارت اهداء عضو نبود به خانواده مجاور مراجعه می‌شد و این کار تا پیدا شدن فرد واجد شرایط ادامه پیدا می‌کرد. یافته‌های پژوهش نشان داد متغیرهای میزان تحصیلات، میزان آگاهی افراد در زمینه اهداء عضو، وجه نظر مثبت به اهداء عضو و اعتماد اجتماعی با اهداء عضو رابطه مستقیم و معناداری دارد و متغیرهای ذکر شده در مجموع توانستند ۳۹ درصد از تغییرات اهداء عضو را تبیین نمایند.

کلیدواژه‌ها: آگاهی، اعتماد به پزشکان، اهداء عضو، پیوند عضو، تحصیلات، وجه نظر مثبت، مرگ مغزی.

۱- دانشجوی گروه علوم اجتماعی دانشگاه یزد

۲- کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی دانشگاه یزد

۳- دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی توسعه اقتصادی دانشگاه یزد

* نویسنده مسئول

۱. مقدمه و بیان مسئله

پیشرفت علم و تکنولوژی در زمینه دانش پزشکی و توسعه روزافزون به کارگیری صنایع و تجهیزات پزشکی، امکانات جدیدی را در اختیار بشر قرار داده است. پیشگیری از بسیاری بیماری‌های واگیردار و افزایش امید به زندگی و کاهش مرگ‌ومیر نوزادان از فواید بهره‌مندی از این تکنولوژی‌های پیشرفته می‌باشد. پیشرفت‌ها و تحقیقات علمی دهه‌های اخیر امکان امید به بهبودی بسیاری از بیماران را فراهم کرده است یکی از این موارد افرادی هستند که با نارسایی‌های اعضای حیاتی، مواجه هستند که انجام پیوند عضو اغلب بهترین یا تنها راه نجات این بیماران است (صادقیان، ۱۳۸۸: ۳). پیشرفت‌های امروز پزشکی امکان پیوند عضو تعداد زیادی از بیماران را فراهم کرده است در این راستا یکی از طرق عمده برای انجام وسیع پیوند از اهداءکنندگان عضو به گیرندگان استفاده از پیکر افرادی است که دچار مرگ مغزی شده‌اند (منظری، ۱۳۹۰: ۲۴). به‌طور کلی پیوند اعضا از افراد دچار مرگ مغزی از مسائل نوین علم پزشکی است که در دهه‌های اخیر به یکی از جنجالی‌ترین و بحث‌انگیزترین موضوعات عالم پزشکی تبدیل شده است.

در مرگ مغزی بیمار فعالیت‌های قشر و ساقه‌ی مغز خود را از دست می‌دهد (طباطبایی، ۱۳۹۲: ۶) و پس از گذشت چند روز از اعلام مرگ مغزی، مغز فرد مبتلا، دیگر مانند سایر مغزها دارای شکل و فرم طبیعی نیست و اگر سرش، در سالن تشریح قانونی، بازگرد محتویات جمجمه‌ی او مانند ظرفی پر از مایع بوده که خالی از نسوج مغز است؛ زیرا مغز این فرد، از همان زمان مرگ مغزی، شروع به از بین رفتن و حل شدن کرده و به‌صورت مایعی زردرنگ تبدیل می‌شود (ستوده، ۱۳۹۰: ۱۳۷) و فاقد تنفس و پاسخ به تحریکات داخلی و خارجی است و در حالت اغماء کامل به سر می‌برد در این شرایط احتمال بازگشتش به زندگی مطلقاً وجود نداشته و دارای ضربان خودکار قلب است که ادامه این ضربان هم به کمک دستگاه تنفس مصنوعی به‌طور موقت به‌مدت چند ساعت تا حداکثر چند روز مقدور می‌باشد (ظهور و بزرگ مقام، ۱۳۷۹: ۵۱). این دسته از بیماران علی‌رغم از دست دادن اعمال حیاتی، دارای جریان خون متعادل در اندام‌های خود مانند کبد، ریه‌ها، قلب و پانکراس و سایر اعضای مشابه‌اند (شکریایی فرد، ۱۳۸۶: ۳) که می‌توان با اهدای اعضای زنده‌ی این افراد جان بیماران نیازمند به این اعضا را نجات داد و امکان ادامه‌ی زندگی را برای بیمارانی که در مراحل آخر و انتهای نارسایی عضو هستند، فراهم کرد (عابدی و همکاران، ۱۳۹۱: ۹۱).

این مسئله موجب بروز حساسیت‌هایی از سوی منتقدان اجتماعی، مجامع پزشکی و علمای اخلاق گردید و بحث‌هایی توسط موافق و مخالفان مطرح شد (صادقیان، ۱۳۸۶: ۱۲). مسئله اصلی این است که آیا می‌توان به راحتی و آن هم به بهانه تأمین سلامت دیگران، تیغ جراحی را بی‌محابا بر پیکر جاندار افرادی که دچار مرگ مغزی شده‌اند، به کار برد و بلافاصله حیات را از آنها سلب کرد؟ آیا می‌توان، توقع داشت که خانواده بیمار بر این قطع حیات آن هم به دلیل آن که به هر نحو بیمار آن‌ها فوت خواهد کرد، رضایت دهند و فراتر از آن جسدی را تحویل بگیرند که فاقد بسیاری از نسوج بوده و شکل طبیعی خود را از دست داده است؟ آیا این عمل نوعی "سلاخی" به نظر نمی‌رسد؟ شاید چنین توصیفی گستاخانه به نظر برسد ولی واقعیتی است که مانع از دسترسی تیم‌های پیوند به اعضا مورد نظر می‌باشد (شکرایف‌فرد، ۱۳۸۶: ۱۳) به نظر می‌رسد مهم‌ترین چالش پیوند عضو در همه جای دنیا و در ایران تهیه‌ی عضو پیوندی است. در ایران کلیه‌ی پیوندی هم از جسد و هم از دهنده زنده تأمین می‌شود و با وجود این که اهداء از دهنده‌ی غیر خویشاوند زنده یک راه حل موفق برای توسعه‌ی پیوند اعضا در کشورمان بوده اما مشکلات اخلاقی در پی داشته از جمله اینکه اغلب نیاز مالی افراد را ناچار به فروش اعضای بدن خود می‌کند و بیشتر آنها پس از اهداء عضو خود پشیمان می‌شوند (برومند و اصغری، ۱۳۹۰: ۵۳) در ایران هم به دلیل هزینه‌های بالای درمان جایگزین، افراد دچار نارسایی عضو، پیوند عضو را ترجیح می‌دهند (برومند و اصغری، ۱۳۹۰: ۵۲). ولی با این وجود بررسی‌های آماری نشان داده است که اختلاف بین تعداد نیازمندان در لیست انتظار پیوند با تعداد اعضای در دسترس رو به فزونی است (ظهور و بزرگ مقام، ۱۳۸۲: ۵۱)؛ و در کشور ما نیز تعداد پیوند عضو به دلیل کمبود اعضای اهدایی قابل پیوند، بسیار پایین‌تر از اروپا و آمریکا بوده و هر ساله هزاران نفر جان خود را از دست می‌دهند (احمدیان و همکاران، ۱۳۸۸: ۳۵۴). به‌طور کلی تعداد بسیار کم عضو اهدایی در امر پیوند اعضا، مشکلاتی را به وجود می‌آورد که سبب کندی این روند می‌گردد. یک بررسی مقطعی در سطح بیمارستان‌های شهر تهران نشان داد که از ۳۰۸ مورد مبتلا به مرگ مغزی، فقط ۶/۲ درصد پیوند اعضا صورت گرفته است (عباسی و پیمان، ۱۳۹۱: ۴۵) که تلاش برای افزایش اهداء و پیوند عضو به‌عنوان یکی از مسائل اولویت‌دار مورد توجه می‌باشد که ضرورت انجام پژوهش در این زمینه را قابل توجیه کرده است. یک بخش از اهداء عضو اسناد پزشکی است که مسأله ما در این پژوهش نیست بخش دیگر نیز مربوط به نگرش شهروندان نسبت به اهداء عضو است که موضوع ما در پژوهش حاضر بررسی همین نگرش شهروندان نسبت به اهداء عضو می‌باشد حال سؤال اصلی ما در این

تحقیق این است که چه عوامل اجتماعی و فرهنگی در نگرش شهروندان به اهداء عضو مؤثر است؟

۲. واکاوی ادبیات تحقیق

زندگی در دنیای مدرن امروز علیرغم پیچیدگی‌ها، شتاب و مصائب آن، امکاناتی را توسط تکنولوژی علوم و فنون جدید برای بشریت فراهم کرده است که بتواند مرگ را در مواردی به تعویق بیندازد. مسأله‌ای که به‌طور جدی ذهن تمام دانشمندان را به خود مشغول کرده امکان استفاده از تمامی امکانات جهت طولانی‌تر کردن عمر انسان است. پیوند اعضاء به‌عنوان یک شیوه نوظهور درمانی قابل اجرا و ملموس در بسیاری از کشورهای دنیا در حال انجام است و به سرعت تقاضا برای آن در حال افزایش است. آمارها نشان می‌دهد پیوند اعضا در امریکا و اروپا در سده اخیر افزایش قابل توجهی داشته است (گومز و همکاران، ۲۰۱۳؛ به نقل از افضل آقایی و همکاران، ۱۳۹۵: ۱۴۹) تعریف مرگ و چگونگی تشخیص آن از دیدگاه فرهنگ‌ها و مذاهب مختلف متفاوت بوده و تشخیص زمان مرگ به‌عنوان یک چالش اخلاقی مهم مطرح است (متولی‌زاده و زکیانی، ۱۳۸۶: ۵). برخی از نهادهای مرتبط با مسائل اخلاقی و حقوق اسلامی، قائل به این هستند که مرگ مغزی، معادل مرگ قلبی است. عده‌ای هم مرگ مغزی را حد واسط بین مرگ و زندگی قلمداد کرده و استانداردهای تعیین شده درباره مرگ مغزی را چندان وارد نمی‌دانند لذا یکسری احکام شرعی، از نظر سلبی و ایجابی بر این اختلاف نظر، مترتب است. زمانی که فقه، به این‌گونه مسائل ورود پیدا کند، باید برای سؤالات مطرح شده، پاسخ‌های لازم را فراهم سازد. سؤالاتی از قبیل، رسیدن زمان پرداخت بدهی‌های معوقه، تقسیم اموال، از بین رفتن اذن او نسبت به وکلای که برای انجام کاری اجیر شده باشند، محاسبه عده وفات، تصمیم در خصوص ثلث ماترک و آنچه وصیت کرده است (نیکزاد و جورسرایی، ۱۳۹۵: ۶۹).

در ارتباط با موضوع تحقیق می‌توان گفت بررسی‌های انجام شده حاکی از آن است که بخش عمده‌ای از پژوهش‌های مرتبط با اهداء عضو، این موضوع را به لحاظ پزشکی (متولی‌زاده و کیانی، ۱۳۸۶. ارجمند و همکاران، ۱۳۸۷. افضل، ۱۳۹۳ و افضل آقایی و همکاران، ۱۳۹۵) و یا حقوقی (بزمی و همکاران، ۱۳۸۸؛ حاجی‌حسینلو و همکاران، ۱۳۹۰؛ حاتمی و مسعودی، ۱۳۹۱ و مهدی‌الشریف و همکاران، ۱۳۹۳) بررسی کرده‌اند و گستره پژوهش در حوزه علوم اجتماعی به نسبت حوزه‌های پزشکی و حقوقی کمتر بوده است. به نظر می‌رسد بتوان این‌گونه

توضیح داد که در پژوهش حاضر محقق شهروندان یزدی را به دو دسته دارندگان کارت اهداء عضو و افرادی که این کارت را دریافت نکرده‌اند تقسیم کرده و سپس عوامل اجتماعی- فرهنگی مؤثر بر انتخاب شهروندان به دریافت یا عدم دریافت کارت اهداء عضو را بررسی کرده است. نکته قابل ذکر آن است که در پژوهش حاضر نگرش مثبت به اهداء عضو، آگاهی از موضوع اهداء عضو و تحصیلات را به عنوان متغیرهای فرهنگی و عام‌گرایی و خاص‌گرایی، پایگاه اجتماعی- اقتصادی و اعتماد به حرفه پزشکی را به عنوان متغیرهای اجتماعی در نظر گرفته‌ایم. سلامت جسمانی به عنوان یک متغیر بینابین در نظر گرفته شد یعنی هم می‌توان به عنوان یک متغیر اجتماعی و هم به عنوان یک متغیر فرهنگی در نظر گرفت با این حال با توجه به سؤالات پرسشنامه می‌توان گفت که ما احساسات و تجربیات پاسخگویان را از سلامت جسمانی در نظر گرفته‌ایم. با توجه به مقدمات ذکر شده در ادامه به بررسی ادبیات تحقیق که در سال‌های پیش چه در داخل و چه در خارج کشور انجام شده است را می‌پردازیم.

۲-۱. تحقیقات داخلی

عبداللهی و شکرایی فرد (۱۳۸۶) در بررسی جامعه‌شناختی اهدای عضو و بافت پس از مرگ مغزی در بین شهروندان تهرانی به این نتیجه رسیده‌اند که با افزایش میزان تحصیلات، میزان آگاهی‌ها در مورد موضوع، عام‌گرایی، اعتماد و نگرش مثبت به اهدای عضو، اقدام به اهدای عضو افزایش یافته و برعکس با افزایش میزان بهره‌مندی از سلامت جسمانی، سن و پایگاه اجتماعی اهدای عضو کاهش یافته است.

قادی پاشا و همکاران (۱۳۸۷) در بررسی نگرش پزشکان شهر کرمان نسبت به اهدای عضو و میزان آگاهی از قوانین و مقررات و روند انجام آن در مرگ مغزی به این نتیجه رسیدند که علی‌رغم نگرش صحیح پزشکان به مرگ مغزی، آنان راضی به تهیه کارت اهداء نبودند برای عدم تمایل خود نسبت به این امر دلایلی چون ترس از عدم دریافت کافی خدمات درمانی و شتاب‌زدگی کادر درمانی در استفاده از عضو فرد دهنده می‌دانستند.

عباسی دولت‌آبادی و همکارانش (۱۳۸۹) به بررسی تأثیر آموزش در ارتباط با مرگ مغزی و اهدای عضو بر نگرش و آگاهی دانشجویان پرستاری پرداخته‌اند که نتایج تحقیق‌شان این فرضیه را تأیید می‌کند که با آموزش در زمینه مرگ مغزی و اهدای اعضا می‌توان موجب افزایش آگاهی و تغییر نگرش دانشجویان پرستاری در این زمینه شد به طوری که میزان آگاهی دانشجویان مورد پژوهش قبل از مداخله درباره مرگ مغزی و اهدای اعضا اغلب متوسط و بعد

از مداخله خوب بود، اما در گروه شاهد در دو مرحله آزمون میزان آگاهی دانشجویان متوسط بود.

منظری (۱۳۹۰) در مطالعه‌ای کیفی به بررسی فرآیند مواجهه با درخواست اهدای عضو در خانواده بیماران مرگ مغزی و طراحی مدل پرستاری به مهم‌ترین دغدغه مشارکت‌کنندگان در اهداء عضو اشاره کرده نتایج مطالعه نشان داده عوامل تعاملی مختلفی وجود دارد که بر چگونگی و نحوه مواجهه این خانواده‌ها تأثیر می‌گذارد که محوری‌ترین آنها اطمینان‌یابی و تأییدپذیری می‌باشد؛ اطمینان از قطعیت مرگ و قابل‌تأیید و مجاز بودن اهدای عضو به‌خصوص از دیدگاه عرفی و شرعی است.

ودادهیر، جواهری و خودلان (۱۳۹۲) به بررسی عوامل اجتماعی - فرهنگی مؤثر بر گرایش به اهدای اعضای بدن (نمونه موردی افراد ۱۸ سال به بالای شهر کاشان) پرداخته‌اند. نتایج این پژوهش حاکی از آن است (حدود ۷۵٪) نگرش مثبتی نسبت به اهدای عضو دارند و سهم افراد دارای کارت اهدای عضو از این میزان بیشتر از افراد فاقد کارت اهداء است.

۲-۲. تحقیقات خارجی

مطالعه کیم^۱ و همکارانش (۲۰۰۴) در کره جنوبی نشان داد نگرش، عقاید و رفتارهای خانواده هنگام مواجهه با درخواست اهدای عضو، تحت تأثیر زمینه فرهنگی، هنجارهای اجتماعی و عقاید مذهبی آنها قرار می‌گیرد. این عوامل در فاکتورهای مذهبی، فرهنگی، اجتماعی، آموزشی و تجربی طبقه‌بندی شدند.

سیکو^۲ و همکارانش (۲۰۰۵) در مطالعه‌ای کیفی با هدف شناختن عوامل مؤثر بر تصمیم‌گیری در خانواده‌هایی که به اهدای اعضای بیمارانشان رضایت داده بودند چهار عامل شناسایی کردند از جمله: آگاهی از تمایلات فرد متوفی در رابطه با اهدای عضو، عقاید مورد توافق در خانواده گسترده (والدین، فرزندان و سایر اقوام)، معنی دادن به مرگ و درک مثبت و یا منفی خانواده از وقایعی که در بیمارستان رخ داده است.

سانر^۳ (۲۰۰۷) در سوئد، مطالعه‌ای با هدف مشخص ساختن درک خانواده و پزشکان از درخواست اهدای عضو و عوامل مؤثر در تصمیم خانواده در رضایت به اهدای عضو انجام داد. نتایج مطالعه نشان داد درخواست اهدای عضو بعد از روبه‌رو شدن با مرگ مغزی، دومین اهمیت را برای خانواده دارد. ذهن آنها با مرگ متفاوت بیمارشان مشغول شده و در ابتدا آنها

1. kim
2. Sque
3. Sanner

به‌عنوان اجتناب از روبه رو شدن با واقعیت آن، با پاسخ "نه" به درخواست اهدای عضو با آن مقابله می‌کردند.

کسلرینگ^۱ و همکارانش (۲۰۰۷) در سوئیس در مطالعه‌ای کیفی با هدف کشف تجربیات و خاطرات خانواده‌هایی که نزدیکانشان دچار مرگ مغزی شده بودند و نیز تعامل آنها با تیم مراقبتی هنگام مواجهه با گیرنده اهدای عضو انجام دادند که نتایج مطالعه نشان داد خاطرات طولانی بستگان عزادار تحت تأثیر مشخصات تصمیم‌گیری آنها (واضح در برابر مبهم) و نیز کیفیت تعاملی که اعضای تیم مراقبتی با آنها برقرار کرده بودند قرار می‌گیرد.

در مطالعه‌ای دیگر سیکو^۲ و همکاران (۲۰۰۸) با هدف کشف دلایل خانواده در عدم رضایت به اهدای عضو انجام دادند مشخص شد تمایل خانواده در جهت حمایت از بیمار ممکن است تعارضی بین هدیه به دیگران و قربانی کردن بیمار خود ایجاد کند و این مسأله می‌تواند به‌عنوان مهم‌ترین عامل در ممانعت خانواده از اهدای عضو تلقی گردد حتی اگر فرد متوفی قبلاً نگرش مثبت خود را پیرامون اهدای اعضای خود را بیان کرده باشند.

در یک جمع‌بندی کلی می‌توان گفت مطالعات در زمینه‌ی مرگ مغزی و اهدای عضو به‌طور کلی به دو دسته تقسیم می‌شود:

۱. مطالعات توصیفی که بیشتر در زمینه مسائل حقوقی و چالش‌های اخلاقی مطرح در زمینه مرگ مغزی و اهدای عضو است.

۲. مطالعات کمی و کیفی؛ که مطالعات کمی حول محور بررسی دانش، نگرش و عملکرد مردم یا تیم مراقبتی در رابطه با فرآیند اهدای عضو یا بررسی تأثیر آموزش بر دانش، نگرش و عملکرد تیم مراقبتی در زمینه تعامل با خانواده این بیماران پرداخته‌اند. در واقع اکثر تحقیقات داخلی و خارجی پیرامون موضوع، بیشتر در حوزه علوم پزشکی و توسط پزشکان انجام شده است و فاقد رویکرد منسجم، علمی و جامعه‌شناسی به مسأله مرگ مغزی بوده‌اند.

۳. چارچوب نظری

پدیده اهدای عضو را می‌توان از دیدگاه‌های متفاوت مورد بررسی قرار داد. در این جا سعی خواهد شد با مرور دیدگاه‌های مرتبط با این پدیده، چارچوب نظری مناسبی طراحی شود. ابعاد نظری مطرح شده دلالت بر این دارد که گروهی از نظریه‌پردازان با تأکید بر نوعی فردگرایی روش‌شناختی متغیرهای فردی و شناختی را به‌عنوان شکل و جهت‌دهنده روابط و

1. Kesselring
2. Sque & lang

فرآیند کنش مطرح نموده‌اند. ماکس وبر از جمله این افراد است. به نظر او، کنش اجتماعی، آن رفتار انسانی است که دارای معانی ذهنی خاص می‌باشد. همچنین شخص، عامل رفتار دیگران را نیز در معانی ذهنی خویش منظور می‌کند و رفتار خویش را با توجه به آن جهت می‌دهد (وبر، ۱۳۷۴: ۳). براساس دیدگاه وبر می‌توان گفت پدیده‌های اجتماعی محصول کنش و عمل انسان هستند؛ کنش انسان عملی معنادار بوده که معنایش در ذهن فرد آمیخته با جهان بینی، ارزش‌ها و ایدئولوژی‌هایش می‌باشد، پس در نتیجه پدیده‌های اجتماعی نیز که از کنش‌های انسان سرچشمه می‌گیرد، آغشته به این ارزش‌ها می‌باشند. نظر به این‌که وجه غالب اندیشه وبر در مورد کنشگر تأثیر ساختارهای الزام‌آور فرهنگی روی کنشگران است و در دیدگاه او کنش اجتماعی به‌عنوان یک متغیر تحت تأثیر متغیرهای فرهنگی و ذهنی قرار دارد، به نظر می‌رسد اهدای عضو نیز به‌عنوان یک کنش اجتماعی که تحت تأثیر متغیرهای فرهنگی و ذهنی قرار دارد با ویژگی‌های کنش عقلانی به‌ویژه کنش عقلانی معطوف به ارزش، مطابقت بیشتری داشته باشد، چرا که اهدای عضو بدون اعتنا به پیامدهای قابل پیش‌بینی عمل، تنها از اعتقاد کنشگر الهام می‌گیرد و فرد با اخلاص کامل، خود را در خدمت یک ارزش یا آرمان از سنخ مذهبی-اجتماعی قرار می‌دهد. چنین کنشی، عقلانی است؛ از آن رو که نه منحصرأ به موفقیت اعتبار می‌دهد و نه به سازگاری با هنجارهای رایج، بلکه سعی می‌کند به وسیله اعمالی که به اعتقادش همسازی داشته باشد، به خود انسجام درونی بدهد؛ به عبارت دیگر، اهدای عضو، از یک باور آگاهانه به ارزش یک رفتار اخلاقی، مذهبی، اجتماعی، فرهنگی و ... نشأت می‌گیرد.

براساس این نظریه می‌توان گفت: اهدای عضو از جمله رفتارهایی است که نگرش مثبت به آن به تنهایی نمی‌تواند، عامل مؤثر در جهت اهدای عضو باشد بلکه این عامل در کنار عوامل بسیار دیگر می‌تواند منجر به کنش شود. با توجه به نظریه مذکور عامل مؤثر در شکل‌دهی اهدای عضو، قصد و نیت فرد می‌باشد که خود تحت تأثیر عوامل بسیار زیادی مانند ویژگی‌های فردی، وضعیت حقوقی و قانونی، میزان اطلاعات فرد از ابعاد گوناگون اهدای عضو، انتظارات که افراد از نتایج کنش موردنظر دارند، ارزیابی فرد از نتایج کنش، تصویری که فرد از ارزیابی دیگران در مورد این کنش دارند، انگیزه فرد برای برآوردن توقعات دیگران، میزان اقدام به کنش در گذشته یا سوابق فرد در مواجهه با کنش، وسایل و امکانات لازم برای عمل کردن به کنش و ... قرار می‌گیرد؛ بنابراین می‌توان گفت که نگرش مثبت به اهدای عضو در کنار عوامل بسیاری می‌تواند زمینه عمل به اهدای عضو را فراهم سازد.

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

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

براساس این دیدگاه، می‌توان گفت اهدای عضو به‌عنوان یک کنش اجتماعی هم متضمن مشارکت ارگانیسم رفتاری و عصبی می‌باشد و هم مستلزم مداخله شخصیت روانی فرد و همچنین مفروض به وجود جهان نمادها، هنجارها و ارزش‌هایی است که کنشگران اجتماعی معانی آن را می‌فهمند. کنشگر در ارتباط با اهدای عضو و با توجه به خصایل آن به ارزشیابی می‌پردازد و مجموعه‌ای از انتخاب‌های ارزشی را اتخاذ می‌کند که این ارزشیابی در سوگیری ارزشی وی نسبت به اهدای عضو متجلی می‌گردد. البته باید گفت متغیرهای الگویی پارسونز از جمله عام‌گرایی در برابر خاص‌گرایی بیشترین کاربرد را در این بررسی دارد.

بورديو برای تبیین کنش اجتماعی، رابطه دیالکتیکی بین عین و ذهن برقرار می‌کند و برای برقراری رابطه بین ساختارهای اجتماعی و ساخت‌های ذهنی مفاهیم عادت‌واره و زمینه را مطرح می‌سازد. میدان یا زمینه که در بعد اجتماعی قرار می‌گیرد، موقعیتی است که فرد در آن عمل می‌کند و معمولاً در آن موقعیت است که افراد به سرمایه‌ها دست می‌یابند. سرمایه‌ها، بسته به عرصه‌ای که در آن عمل می‌کنند و به بهای کمابیش تغییر شکل‌های گران‌تری که پیش‌شرط کارایی آن در عرصه مورد بحث هستند به شکل اساسی (سرمایه اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی) ظاهر می‌شوند (بورديو، ۱۳۸۴: ۱۳۶).

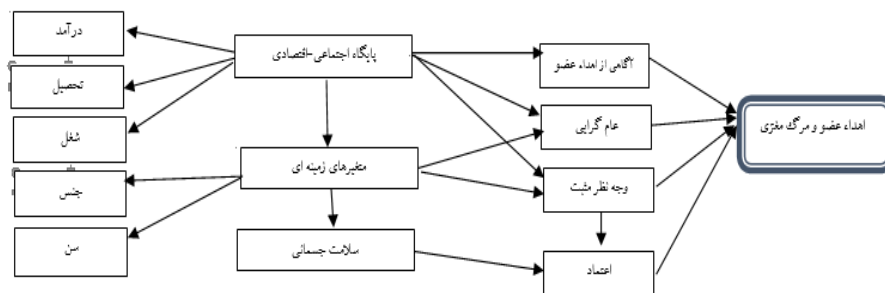
عادتواره (سلايق، گرايش، موضع‌گيري‌ها و اولويت‌بندی ارزشی) اصول تکثيرگر رفتارهای متمایز و متمایز کننده‌اند (بورديو، ۱۳۸۱: ۳۷).

با توجه به دیدگاه بورديو، موضوع اهداء عضو را می‌توان با ترکیبی از مبین‌ها در سطوح خرد و کلان تبیین کرد. او در سطح کلان به ساختارها یا حوزه‌های تعاملاتی اشاره دارد که هر کس بر حسب میزان سرمایه کلی و سرمایه فرهنگی و اجتماعی چون تحصیلات، مهارت‌های فکری و اعتماد اجتماعی در آن پایگاهی پیدا می‌کند و در جوار کسانی قرار می‌گیرد که از لحاظ سرمایه کلی با او مشابه‌اند. افراد دارای پایگاه مشابه و تعاملات مشترک در یک میدان اجتماعی مشابه از عادات و الگوهای کنشی نسبتاً همسو و هماهنگ برخوردارند (عبداللهی، ۱۳۸۳: ۶۹). براساس نظر بورديو می‌توان گفت که بین افراد از لحاظ سرمایه کلی، تفاوت وجود دارد و این تفاوت در کم و کیف اهداء عضو نمود پیدا می‌کند. از این‌رو برای تحلیل اهداء عضو باید سرمایه‌های اجتماعی و فرهنگی افراد مانند اعتماد اجتماعی، تحصیلات، پایگاه اجتماعی - اقتصادی و آگاهی افراد مورد توجه قرار گیرد.

گیدنز در تبیین کنش، تلفیق عاملیت و ساختار را مطرح می‌کند. عاملیت به معنای نیت و مقاصدی نیست که افراد در انجام دادن کارها دارند، بلکه در درجه اول به معنای توانایی آنان برای انجام دادن این اعمال است و به رویدادهایی مربوط می‌شود که فرد مسبب آنان است (گیدنز به نقل از کسل^۱، ۱۳۸۳: ۱۳۶). در حقیقت، کنش، نه به مجموعه‌ای از اعمال جدا از هم که به یکدیگر متصل شده باشند، بلکه به جریان پیوسته رفتار اطلاق می‌شود (گیدنز، ۱۳۸۳: ۶۴). هر فرآیندی از کنش، تولید چیزی جدید یا عملی تازه است؛ اما درعین‌حال وجود کنش منوط به اتصال آن با گذشته‌ای است که واسطه شروع آن، شروع کنش است به این ترتیب، ساختار به‌عنوان مانع کنش محسوب نمی‌شود؛ بلکه عاملی ضروری در تولید آن است (همان: ۷۷). گیدنز در کوششی همسو با تبیین کنش مسأله اعتماد را مطرح می‌کند. اعتماد همیشه به اعتمادپذیری در برابر پیامدهای محتمل دلالت می‌کند، چه با کنش‌های افراد ارتباط داشته باشد و چه به عملکرد نظام‌ها مربوط باشد (گیدنز، ۱۳۷۷: ۴۱). به بیان ساده‌تر اعتماد همان تعهد دادن شخص، گروه یا نظام در طول زمان آینده است (گیدنز به نقل از پیرسون، ۱۳۸۰: ۱۷۵).

با توجه به دیدگاه گیدنز، اهداء عضو به‌عنوان یک کنش اجتماعی تحت تأثیر عاملیت (کنشگر) و ساختار قرار دارد. در بحث پیرامون اهداء‌کنندگی، باید به عامل اعتماد توجه خاص

مبذول شود. اعتماد از نوع شخصی و پایبندی‌های محدود و چهره‌دار و اعتماد انتزاعی از نوع غیرشخصی و پایبندی‌های بی‌چهره‌ای که در نظام‌ها معنا می‌یابد، هر دو در فرآیند اهداءکنندگی مؤثرند. در نهایت می‌توان گفت: اهدای عضو نیز به‌عنوان موضوع مهم دوران مدرن و تجربه‌ای جدید وابسته به مکانیسم‌های اعتماد می‌باشد؛ که در صورت بی‌اعتمادی کنش‌های افراد مبنی بر نگرانی و رویکردهای بدگمانی می‌شود که خود می‌تواند مانعی در مسیر تحقق اهدای عضو باشد



شکل ۱: مدل نظری تحقیق

۴. فرضیات تحقیق

۱. بین سن و اعلام آمادگی برای اهدای عضو رابطه معناداری وجود دارد.
۲. بین جنس و اعلام آمادگی برای اهدای عضو رابطه وجود دارد.
۳. بین وضعیت تحصیلی و اعلام آمادگی برای اهدای عضو رابطه وجود دارد.
۴. بین پایگاه اجتماعی-اقتصادی و اعلام آمادگی برای اهدای عضو، رابطه وجود دارد.
۵. بین آگاهی پیرامون اهدای عضو و اعلام آمادگی برای اهدای عضو تفاوت معناداری وجود دارد.
۶. بین وجه نظر مثبت و اعلام آمادگی برای اهدای عضو تفاوت معناداری وجود دارد.
۷. بین عام‌گرا بودن و خاص‌گرا بودن و اعلام آمادگی برای اهدای عضو تفاوت معناداری وجود دارد.
۸. بین سلامت جسمانی و اعلام آمادگی برای اهدای عضو تفاوت معناداری وجود دارد.
۹. بین اعتماد به حرفه پزشکی (بیمارستان‌ها و پزشکان) و اعلام آمادگی برای اهدای عضو تفاوت معناداری وجود دارد.

۵. روش پژوهش

این تحقیق به روش پیمایشی انجام شده است در این پژوهش تلاش کردیم یک کار تطبیقی بین افراد اهداء کننده (دارای کارت اهداء عضو) و عدم اهداء کننده عضو (افراد بدون کارت اهداء عضو) باشد به دلیل نداشتن آمار دقیق از افراد دارای کارت اهداء عضو از فرمول کوکران با جامعه آماری مجهول استفاده شد. پس از انجام محاسبات مربوط به برآورد. با استفاده از فرمول کوکران ۳۸۴ نفر به عنوان حجم نمونه به شیوه نمونه‌گیری چندمرحله‌ای انتخاب شدند. به این صورت که در مرحله اول تعداد ۲۰ محله از محلات شهر به شیوه تصادفی انتخاب شدند و در مرحله بعد در داخل محلات به شیوه سیستماتیک خانوارها انتخاب شده و در مرحله سوم در داخل خانوار منتخب یک نفر از افراد بالای ۱۸ سال به تصادف پرسشنامه را تکمیل کرده است. در خانوار اول فردی که فاقد کارت اهداء عضو بوده است پرسشنامه تکمیل نموده، اما خانوارهای بعدی یک در میان از فردی که دارای کارت اهداء عضو بوده به تکمیل پرسشنامه اقدام کرده است در مواردی که افراد خانواده دارای کارت اهداء عضو نبود به خانواده مجاور مراجعه می‌شد و این کار تا پیدا شدن فرد واجد شرایط ادامه پیدا می‌کرد. سؤالات پرسشنامه مورد استفاده در این پژوهش شامل ترکیبی از سؤالات پرسشنامه سلامت جهانی و پرسشنامه‌های تحقیقات پیشین که در مورد اهداء عضو انجام شده بود و برخی از سؤالات مربوط به متغیرهای زمینه‌ای است. برای طراحی پرسشنامه سعی شده است که سؤالات هم به صورت باز و هم بسته (با گزینه) و هم در قالب طیف لیکرت (با گویه) طراحی شود.

۶. تعریف مفهومی و عملیاتی تحقیق

۶-۱. اهداء عضو و بافت

عضو: از دیدگاه پزشکی، عضو مجموعه‌ای از سلول‌های تشکیل شده که یک کار خاص را در بدن انجام می‌دهند می‌باشد (مجتهدی، ۱۳۹۴).

بافت: تفاوت عضو و بافت (نسج) در این می‌باشد که در بافت عمدتاً عملکرد ساختمانی مدنظر است. پروتئین‌های استخوانی، دریچه‌های قلب، قرنیه، تاندون‌ها و ... (همان، ۱۳۹۴)

اهداء کننده: فردی است که مایل است اندام‌ها یا بافت‌های خود را پس از مرگ مغزی به منظور نجات یا بهبود کیفیت زندگی دیگران اهداء نماید. لذا این امر انسانی را با علم و آگاهی و از صمیم قلب انجام می‌دهد (شکریایی فرد، ۱۳۸۶: ۱۱۴).

اهداء عضو: متغیری است که بر اساس تصمیم و رضایت فرد در زمان حیات وی و همچنین براساس رضایت خانواده وی در زمان مرگ مغزی به خارج کردن اعضا و بافت‌ها از فرد مرگ مغزی می‌باشد و با بخشیدن آن به یک فرد نیازمند مشخص می‌شود. برای سنجش این متغیر و گذر از سطح نظری اهداءکنندگی به سطح تجربی آن باید راه‌های گوناگون اهداءکنندگی را بیان کرد. فردی که تمایل دارد جزء اهداءکنندگان عضو و بافت پس از مرگ مغزی قرار گیرد. به چند طریق می‌تواند رضایت خود را بیان کند. آگاه کردن نزدیکان در زمان حیات از تمایل به اهدای عضو پس از مرگ مغزی، قید در وصیت‌نامه قانونی و پر کردن کارت اهدای عضو با مراجعه به واحدهای فراهم‌آوری اعضای پیوندی از جمله روش‌های اهدای عضو می‌باشد.

۲-۶. سلامت جسمانی

تعریف نظری: سلامت از جمله مفاهیمی است که مدت‌ها براساس بیماری تعریف می‌شد؛ یعنی سازمان بهداشت جهانی سلامت را در نبود بیماری تعریف می‌کرد؛ بنابراین برای این که تعریف روشنی از سلامت جسمانی ارائه دهیم ابتدا باید بیماری را تعریف کنیم.

بیماری حالتی ناشی از ناتوانی ارگانیسم در ارائه پاسخ همساز به محیط است که در اثر تغییر در ساختمان عضو و خارج شدن از حالت طبیعی، همچنین تغییر در وظایف طبیعی جسم و روان ایجاد می‌شود و منجر به پیدایش حالتی می‌شود که سبب رنج شخص و نهایتاً موجب عدم تعادل روانی و اجتماعی او می‌گردد (محسنی، ۱۳۸۲).

آگاهی: عبارت است از مجموعه‌ای از اطلاعات منظم، تفسیر شده و مرتبطی که هر یک از ما آن را دارا هستیم، این آگاهی در طیفی وسیعی از خرافات و روش‌های سنتی و قومی تا الگوهای علمی و دانشی از علوم و فنون قرار گرفته است و عوامل متعددی مانند سازمان‌های آموزشی، خانواده، دوستان، آشنایان، سازمان‌های علمی و وسایل ارتباط جمعی در تکوین آن دخالت دارند (محسنی، ۱۳۷۹: ۱۸) تعریف عملیاتی: منظور از آگاهی در این تحقیق مجموعه‌ای از اطلاعات مرتبط با اهدای عضو، پیوند اعضا و مرگ مغزی است که هر یک از افراد دارا می‌باشد. برای سنجش این متغیر ۸ گویه زیر در پرسشنامه گنجانده شده.

تعریف عملیاتی: منظور از آگاهی در این تحقیق مجموعه‌ای از اطلاعات مرتبط با اهدای عضو، پیوند اعضا و مرگ مغزی است که هر یک از افراد دارا می‌باشد. برای سنجش این متغیر ۸ گویه زیر در پرسشنامه گنجانده شده است.

۳-۶. خاص‌گرایی و عام‌گرایی

الگوی هنجاری است که کنشگر را در یک موقعیت معین عام‌گرایی در سطح نظام فرهنگی، در سوگیری نسبت به سوژه‌ها براساس استانداردهای عام‌تر غیب می‌کند عام‌گرایی در مقابل

خاص‌گرایی، یکی از متغیرهای الگویی پارسونز است. این متغیرها با ورود به عرصه‌ی انتخاب کنشگر، انتخاب‌های وی را تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ با ورود به نظام شخصیتی کنشگر، به خلق عادت انتخاب می‌انجامد؛ با ورود به سطح جمعی، به تعریف نقش می‌پردازند و با ورود به سطح فرهنگی، به تکوین ملاک‌های ارزشی منتهی می‌شوند. در حالت عام‌گرایی، برخلاف خاص‌گرایی که در آن ملاک‌های قدردانی بر ملاک‌های شناختی تقدم و اولویت دارند، تقدم با ملاک‌های شناختی است و این ملاک‌ها بر قدردانی تقدم و اولویت دارند (محمدی اصل، ۱۳۹۰ به نقل از رضادوست و همکاران، ۱۳۹۳: ۳۹).

اعتماد: در زبان فارسی اعتماد مترادف با تکیه کردن، واگذاشتن کار به کسی، اطمینان، وثوق و باور به کار گرفته می‌شود؛ و در زبان لاتین اعتماد معادل کلمه ایمان مورد استفاده قرار گرفته است. در ریشه این کلمه، مفهوم وثوق و اعتماد و تسلیم در برابر اراده دیگری و اطمینان به شخص دیگر نهفته است (امیرکافی، ۱۳۷۵). کلمن^۱ در تعریف اعتماد می‌گوید: اعتماد قرار دادن منابع در اختیار طرف‌هایی که این منابع را برای سود خود و اعتمادکننده و یا هر دو به کار می‌بندند (کلمن به نقل از آزادارمکی و کمالی، ۱۳۸۳: ۱۱۰). در پژوهش حاضر اعتماد به حرفه پزشکی از متغیرهای اساسی به‌شمار می‌رود. برای سنجش متغیر اعتماد به حرفه پزشکی و بیمارستان‌ها ۵ گویه زیر در پرسشنامه گنجانده شده و از پاسخگو خواسته شد تا نظرات خود را در مورد جملات زیر بیان کند.

وجه نظر مثبت: آمیزه یا نقشی درهم‌آمیخته از احساسات، ادراکات و تمایلات رفتاری یک شخص درباره افراد، نمادها و یا حوادث می‌باشد که به صورت واکنشی مثبت یا منفی نسبت به آنها تجلی می‌کند. می‌توان گفت گرایش یا نگرش دربرگیرنده مجموعه‌ای از سوگیری‌های نظام شخصیت کنشگر نسبت به مسائل مختلف می‌باشد (چلبی، ۱۳۸۱: ۲۲).

تعریف عملیاتی: برای سنجش این متغیر ۹ گویه زیر در پرسشنامه گنجانده شده و از پاسخگو خواسته شد تا نظرات خود را در مورد جملات زیر بیان کند.

پایگاه اقتصادی-اجتماعی: پایگاه اقتصادی-اجتماعی، جایگاهی است که هر کسی در ساخت اجتماعی اشغال می‌کند. وضع یا اعتبار اجتماعی که معاصران فرد به او در بطن جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کند تفویض می‌دارند. به عبارت دیگر جایی که یک فرد خاص در نظامی مخصوص در زمانی معین اشغال می‌کند. پایگاه او در آن نظام نامیده می‌شود (بیرو، ۱۳۷۶: ۳۸). در تحقیق حاضر متغیر پایگاه اجتماعی از طریق ترکیب شغل، تحصیلات و درآمد

اندازه‌گیری شده است. برای محاسبه این شاخص ترکیبی، ابتدا شغل فرد که در سطح سنجش اسمی پاسخ داده شده بود. براساس جدول منزلت شغلی چلبی (پیمایش ملی ارزش‌ها و نگرش‌ها، ۱۳۷۹) با دادن نمرات منزلت شغلی به هر یک از مشاغل، به سطح سنجش فاصله‌ای تبدیل گردیدند. سپس این سه مؤلفه (شغل، تحصیلات و درآمد) تبدیل به نمرات استاندارد شده و در هم ادغام (جمع) گردیدند. آن‌گاه متغیر حاصل شده تبدیل به مقیاس صفر تا صد شد. پس از آن این مقیاس ترکیبی با دامنه تغییرات صفر تا صد به پنج مقوله با فواصل مساوی تقسیم شد. وضعیت تحصیلی به متغیری پنج مقوله تبدیل شده است که عبارتند از: پایین، متوسط رو به پایین، متوسط، متوسط رو به بالا و بالا.

۴-۶. اعتبار و قابلیت اعتماد ابزار تحقیق

جهت تأمین اعتبار طیف‌های به‌کار رفته در سنجش متغیرها از اعتبار محتوایی و همچنین اعتبار صوری استفاده شده است. بدین صورت که هر متغیر با استفاده از تعاریف نظری موجود و سازه‌های نظری به صورتی که سازه عملیاتی مفهوم‌بندی شده است (اعتبار محتوایی). به‌منظور دستیابی به پایایی نیز از آزمون آلفای کرونباخ استفاده شده است. برای تمام متغیرها میزان آلفا بیش از ۰/۷۰ به‌دست آمد. این محاسبات در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱: ضرایب آلفای کرونباخ برای متغیرهای پرسشنامه

متغیر	تعداد گویه	آلفای کرونباخ
آگاهی نسبت به مرگ مغزی	۸	۰/۷۴
نگرش به مرگ مغزی	۹	۰/۷۹
سلامت جسمانی	۷	۰/۷۰
عام‌گرایی و خاص‌گرایی	۷	۰/۷۰
اعتماد به پزشکان و بیمارستان‌ها	۵	۰/۷۲
آگاهی نسبت به مرگ مغزی	۸	۰/۷۴
نگرش به مرگ مغزی	۹	۰/۷۹

۵-۶. یافته‌های توصیفی

جدول (۲) توزیع فراوانی نسبی سن را بین دو گروه افراد اهداءکننده و افراد غیر اهداءکننده عضو نشان می‌دهد. یافته‌ها حاکی از آن است که میانگین سنی افراد اهداءکننده و غیر اهداءکننده به ترتیب، ۳۱/۴۰ و ۲۹/۲۸ سال است. توزیع پاسخگویان در جدول نشان می‌دهد از میان افراد دارای کارت اهداء عضو، ۳۱/۸ درصد (۶۱ نفر) در گروه سنی ۱۵-۲۵ ساله، ۳۴/۴ (۶۶ نفر) در گروه سنی ۲۶-۳۵ ساله، ۲۷/۱ درصد (۵۰ نفر) در گروه سنی ۳۶-۴۵ ساله

و ۶,۸ درصد (۱۳ نفر) در گروه سنی ۴۶-۵۵ ساله قرار دارند؛ و در میان افراد غیر اهداءکننده نیز، ۳۹/۱ درصد (۷۵ نفر) در گروه سنی ۲۵- ۱۵ ساله، ۳۸/۵ (۶۶ نفر) در گروه سنی ۳۵-۲۶ ساله، ۱۷/۲ درصد (۳۳ نفر) در گروه سنی ۴۵-۳۶ ساله و ۴/۷ درصد (۹ نفر) در گروه سنی ۵۵-۴۶ ساله و ۰/۵ (۱ نفر) در گروه سنی ۵۶ سال به بالا قرار دارند. در واقع در این پژوهش بیشترین فراوانی افراد اهداءکننده متعلق به گروه سنی ۲۶-۳۵ سال و بیشترین فراوانی افراد غیر اهداءکننده متعلق به گروه سنی ۲۵-۱۵ سال است.

جدول ۲: توزیع درصدی و فراوانی پاسخگویان بر حسب سن

سن	اهدای عضو		عدم اهدای عضو	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۱۵-۲۵	۶۱	۳۱/۸	۷۵	۳۹/۱
۲۶-۳۵	۶۶	۳۴/۴	۷۴	۳۸/۵
۳۶-۴۵	۵۲	۲۷/۱	۳۳	۱۷/۲
۴۶-۵۵	۱۳	۶/۸	۹	۴/۷
۵۶ سال به بالا	۰	۰/۰	۱	۰/۵
کل	۱۹۲	۱۰۰/۰	۱۹۲	۱۰۰/۰
میانگین: ۳۱/۴۰ انحراف معیار: ۹/۰۷۶ بیشترین: ۵۵			میانگین: ۲۹/۲۸ انحراف معیار: ۹/۰۴۶ بیشترین: ۵۷	کمترین: ۱۵

یافته‌های جدول حاکی از آن است که از بین مردان ۴۱/۱ درصد کارت اهدای عضو و از بین زنان ۵۸/۹ درصد از زنان کارت اهدای عضو داشتند. از کل نمونه‌هایی که انتخاب شده‌اند بیشترین فراوانی در میان افراد اهداءکننده ۶۴/۱ و غیر اهداءکننده ۶۳/۵ را افراد شاغل تشکیل داده‌اند. همچنین از نظر پایگاه اجتماعی- اقتصادی بیشترین فراوانی در میان افراد اهداءکننده عضو ۲۹/۲ و افراد غیر اهداءکننده عضو ۲۵/۵ پایگاه اجتماعی متوسط رو به بالا داشته‌اند.

جدول ۳: توزیع فراوانی و درصدی پاسخگویان بر حسب جنسیت

جنسیت	دارای کارت اهدای عضو		عدم کارت اهدای عضو	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
مرد	۷۹	۴۱/۱	۸۲	۴۲/۷
زن	۱۱۳	۵۸/۹	۱۱۰	۵۷/۳
کل	۱۹۲	۱۰۰/۰	۱۹۲	۱۰۰/۰

با توجه به داده‌های جدول، از کل نمونه‌هایی که انتخاب شده‌اند از بین افراد اهداء کننده عضو ۵/۷ درصد (۱۱ نفر) زیر دیپلم، ۲۱/۴ درصد (۴۱ نفر) دیپلم، ۵۷/۳ درصد (۱۱۰ نفر) فوق دیپلم و لیسانس و ۱۵/۶ درصد (۳۰ نفر) تحصیلات فوق لیسانس و دکتری داشتند؛ و از بین افراد عدم اهداء کننده عضو، ۶/۸ درصد (۱۳ نفر) زیر دیپلم، ۳۲/۸ درصد (۶۳ نفر) دیپلم، ۴۷/۹ درصد (۹۲ نفر) فوق دیپلم و لیسانس و ۱۲/۵ درصد (۲۴ نفر) تحصیلات فوق لیسانس و دکتری داشتند. بیشترین فراوانی افراد اهداء کننده و غیر اهداء کننده متعلق به مقوله فوق دیپلم و لیسانس است یافته‌های حاصل از تحقیق نشان داد از بین افراد اهداء کننده بیشترین فراوانی مربوط به دارندگان مدرک فوق دیپلم و لیسانس ۵۷/۱ بود؛ و از بین افراد عدم اهداء کننده عضو بیشترین فراوانی افراد غیر اهداء کننده متعلق به مقوله فوق دیپلم و لیسانس ۴۷/۱ است.

جدول ۴. توزیع فراوانی و درصدی پاسخگویان بر حسب میزان تحصیلات

عدم اهدای عضو		اهدای عضو		میزان تحصیلات
درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۶/۸	۱۳	۵/۷	۱۱	زیر دیپلم
۳۲/۸	۶۳	۲۱/۴	۴۱	دیپلم
۴۷/۹	۹۲	۵۷/۳	۱۱۰	فوق دیپلم و لیسانس
۱۲/۵	۲۴	۱۵/۶	۳۰	فوق لیسانس و دکتری
۱۰۰/۰	۱۹۲	۱۰۰/۰	۱۹۲	کل

می‌توان گفت که در میان کل پاسخگویان اهداء کننده عضو ۱۳/۵ درصد (۲۶ نفر) متعلق به طبقه‌ی پایین، ۱۷/۷ درصد (۳۴ نفر) متعلق به طبقه‌ی متوسط رو به پایین، ۱۹/۸ درصد (۳۸ نفر) متعلق به طبقه‌ی متوسط، ۲۹/۲ درصد (۵۶ نفر) متعلق به طبقه‌ی متوسط رو به بالا، ۱۹/۸ درصد (۳۸ نفر) متعلق به طبقه‌ی بالا بوده‌اند. همچنین در میان کل پاسخگویان عدم اهداء کننده عضو ۱۷/۲ درصد (۳۳ نفر) متعلق به طبقه‌ی پایین و ۲۱/۹ درصد (۴۲ نفر) متعلق به طبقه‌ی متوسط رو به پایین و ۱۸/۸ درصد (۳۶ نفر) متعلق به طبقه‌ی متوسط و ۲۵/۵ درصد (۴۹ نفر) متعلق به طبقه‌ی متوسط رو به بالا و ۱۶/۷ درصد (۳۲ نفر) متعلق به طبقه‌ی بالا هستند.

جدول ۵: توزیع فراوانی و درصدی پاسخگویان بر حسب پایگاه اجتماعی - اقتصادی

عدم اهدای عضو		اهدای عضو		پایگاه اجتماعی
درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۱۷/۲	۳۳	۱۳/۵	۲۶	طبقه‌ی پایین
۲۱/۹	۴۲	۱۷/۷	۳۴	طبقه‌ی متوسط رو به پایین
۱۸/۸	۳۶	۱۹/۸	۳۸	طبقه‌ی متوسط
۲۵/۵	۴۹	۲۹/۲	۵۶	طبقه‌ی متوسط رو به بالا
۱۶/۷	۳۲	۱۹/۸	۳۸	طبقه‌ی بالا
۱۰۰/۰	۱۹۲	۱۰۰/۰	۱۹۲	جمع کل

در جدول ۶، توزیع فراوانی و درصد سبک زندگی پاسخ‌گویان، قابل مشاهده است. آماره‌های این جدول نشان‌دهنده این است که ۵۰ درصد پاسخگویان دارای کارت اهداء عضو و ۵۰ درصد، فاقد کارت اهداء عضو می‌باشند.

جدول ۶: توزیع پاسخگویان بر حسب اهداء‌کنندگی

درصد	تعداد	وضعیت اهداء‌کنندگی
۵۰/۰	۱۹۲	دارای کارت اهدای عضو
۵۰/۰	۱۹۲	بدون کارت اهدای عضو
۱۰۰/۰	۳۸۴	کل

یافته‌های استنباطی

همان‌طور که قبلاً هم گفته شد، پژوهش حاضر دارای یک فرضیه اصلی و شش فرضیه فرعی بود که به‌منظور بررسی صحت و سقم این فرضیات از آزمون‌های آماری مختلفی استفاده شده که در این قسمت، به آن‌ها پرداخته می‌شود.

فرضیه اصلی پژوهش حاضر عبارت است از این که بین عوامل اجتماعی - فرهنگی مؤثر بر اهداء عضو و بافت پس از مرگ مغزی رابطه وجود دارد.

در فرضیه اول پژوهش حاضر، مطرح می‌شود که بین سن و اعلام آمادگی برای اهدای عضو رابطه معناداری وجود دارد. نتایج آزمون مقایسه میانگین‌ها در جدول ۳ نشان می‌دهد که میانگین سن افراد اهداء‌کننده (۳۱/۴۰) با فرض همگن بودن واریانس‌ها، تفاوت معناداری (sig=۰/۴۶۷) با میانگین سنی افراد غیراهداء‌کننده (۲۹/۲۸) ندارد؛ بنابراین فرضیه اول مبنی بر: بین سن و اعلام آمادگی برای اهدای عضو تفاوت معناداری وجود دارد، تأیید نمی‌شود.

جدول ۷: آزمون تی برای مقایسه میانگین سن پاسخگویان افراد اهداءکننده و غیراهداءکننده عضو

متغیر	گروه‌ها	تعداد	میانگین‌ها	انحراف معیار	t	درجه آزادی	سطح معناداری
سن	اهدای عضو	۱۹۲	۳۱/۴۰	۹/۰۷۶	۲/۲۹۲	۳۸۲	۰/۴۶۷
	عدم اهدای عضو	۱۹۲	۲۹/۲۸	۹/۰۴۶			

در فرضیه دوم پژوهش حاضر، مطرح می‌شود که بین جنس و اعلام آمادگی برای اهدای عضو رابطه معناداری وجود دارد. نتایج آزمون تی دو نشان می‌دهد که بین مردان و زنان به لحاظ گرایش به اهداء عضو پس از مرگ مغزی تفاوتی وجود ندارد. مقدار تی دو با درجه آزادی یک برابر ۰/۰۹۶ شده است. سطح معنی‌داری نیز برابر ۰/۷۵۶ شده است؛ بنابراین فرضیه شماره ۲ مبنی بر: بین جنس و اعلام آمادگی برای اهدای عضو رابطه وجود دارد، تأیید نمی‌شود.

جدول ۸: آزمون تی دو بر حسب جنسیت پاسخگویان

متغیر	گروه‌ها	اهدای عضو		عدم اهدای عضو		Ch-square	درجه آزادی	سطح معناداری
		تعداد	درصد	تعداد	درصد			
جنسیت	مرد	۷۹	۴۱/۱	۸۲	۴۲/۷	۰/۰۹۶	۱	۰/۷۵۶
	زن	۱۱۳	۵۸/۹	۱۱۰	۵۷/۳			

فرضیه سوم مدعی است با افزایش تحصیلات اعلام آمادگی برای اهداء عضو افزایش می‌یابد. مقدار تی دو با درجه آزادی برابر ۸/۳۷۰ شده است. سطح معناداری نیز برابر ۰/۰۳ شده است؛ بنابراین فرضیه شماره ۳ مبنی بر: بین تحصیلات و اعلام آمادگی به اهداء عضو رابطه وجود دارد، تأیید می‌شود.

جدول ۹: آزمون تی دو بر حسب وضعیت تحصیلات پاسخگویان

متغیر	گروه‌ها	تحصیلات				Ch-square	درجه آزادی	سطح معناداری
		زیر دیپلم	دیپلم	فوق دیپلم و لیسانس	فوق لیسانس و دکتری			
اهدای عضو		۵/۷	۲۱/۴	۵۷/۳	۱۵/۶	۸/۳۷۰	۳	۰/۰۳

برای بررسی رابطه بین اهداءکنندگی و پایگاه اقتصادی-اجتماعی از آزمون تی دو استفاده شد. مقدار تی دو با درجه آزادی چهار برابر ۲/۷۰۸ شده است. سطح معناداری نیز برابر ۰/۶۰۸

شده است؛ بنابراین فرضیه شماره ۴ مبنی بر: بین پایگاه اقتصادی-اجتماعی و گرایش به اهداء عضو رابطه وجود دارد، تأیید نمی‌شود.

جدول ۱۰: آزمون خی‌دوبر حسب پایگاه اقتصادی-اجتماعی پاسخگویان

سطح معناداری	درجه آزادی	Ch-square	پایگاه اقتصادی- اجتماعی					متغیر
			طبقه پایین	مؤسسط رو به پایین	مؤسسط	مؤسسط رو بالا	طبقه بالا	
۰/۶۰۸	۴	۲/۷۰۸	۱۳/۵	۱۷/۷	۱۹/۸	۲۹/۲	۱۹/۸	اهدای عضو
			۱۷/۲	۲۱/۹	۱۸/۸	۲۵/۵	۱۶/۷	عدم اهدای عضو

فرضیه پنجم: مدعی است افراد آگاه‌تر به موضوع، بیشتر اقدام به تهیه کارت اهدای عضو می‌کنند. برای بررسی صحت و سقم این فرضیه از آزمون تی مستقل استفاده می‌شود.

جدول ۱۱: آزمون تی برای مقایسه میانگین میزان آگاهی افراد اهداءکننده و غیراهداءکننده

متغیر	گروه‌ها	تعداد	میانگین‌ها	انحراف معیار	t	درجه آزادی	سطح معناداری
میزان آگاهی	اهدای عضو	۱۹۲	۲۵/۲۶	۴/۶۶۷	۱۳/۷۷۰	۳۸۲	۰/۰۰۰

همان‌گونه که در جدول فوق ملاحظه می‌شود، میانگین میزان آگاهی افراد اهداءکننده (۲۵/۲۶) با فرض همگن بودن واریانس‌ها، تفاوت معناداری ($\text{sig}=0/000$) با میانگین افراد غیراهداءکننده (۱۹/۶۰) دارد؛ بنابراین فرضیه پنجم مبنی بر: اعلام آمادگی برای اهدای عضو با آگاهی پیرامون اهدای عضو و پیوند تفاوت معناداری وجود دارد، تأیید می‌شود. به این معنا که افراد آگاه‌تر به موضوع، بیشتر اقدام به تهیه کارت اهداء عضو می‌کنند. فرضیه ششم: مدعی است افراد با نگرش مثبت، اقدام به تهیه کارت اهدای عضو می‌کنند. برای بررسی صحت و سقم این فرضیه از آزمون تی مستقل استفاده می‌شود.

جدول ۱۲: آزمون تی برای مقایسه میانگین وجه نظر مثبت افراد اهداءکننده و غیراهداءکننده

متغیر	گروه‌ها	تعداد	میانگین‌ها	انحراف معیار	t	درجه آزادی	سطح معناداری
وجه نظر مثبت	اهدای عضو	۱۹۲	۳۵/۶۶	۴/۳۷۴	۱۲/۳۹۵	۳۸۲	۰/۰۰۰
	عدم اهدای عضو	۱۹۲	۲۸/۵۲	۶/۶۸۴			

همان‌گونه که در جدول فوق ملاحظه می‌شود، میانگین نگرش مثبت افراد اهداءکننده (۳۵/۶۶) با فرض همگن بودن واریانس‌ها، تفاوت معناداری ($\text{sig}=0/000$) با میانگین افراد غیراهداءکننده (۲۸/۵۲) دارد؛ بنابراین فرضیه ششم مبنی بر: بین آمادگی برای اهدای عضو و نگرش مثبت به آن تفاوت معناداری وجود دارد، تأیید می‌شود. به این معنا که افرادی که نگرش مثبت‌تری به موضوع دارند بیشتر، اقدام به تهیه کارت اهداء عضو می‌کنند. فرضیه هفتم: مدعی است افراد عام‌گرا بیشتر اقدام به تهیه کارت اهداء عضو می‌کنند. برای بررسی صحت و سقم این فرضیه از آزمون تی مستقل استفاده می‌شود.

جدول ۱۳: آزمون تی برای مقایسه میانگین عام‌گرایی افراد اهداءکننده و غیراهداءکننده

متغیر	گروه‌ها	تعداد	میانگین‌ها	انحراف معیار	t	درجه آزادی	سطح معناداری
عام‌گرایی	اهدای عضو	۱۹۲	۲۱/۰۰	۴/۱۶۷	۲/۲۸۷	۳۸۲	۰/۵۰۸
	عدم اهدای عضو	۱۹۲	۲۰/۰۳	۴/۱۷۷			

همان‌گونه که در جدول فوق ملاحظه می‌شود، میانگین عام‌گرایی افراد اهداءکننده (۲۱/۰۰) با فرض همگن بودن واریانس‌ها، تفاوت معناداری ($\text{sig}=0/508$) با میانگین عام‌گرایی افراد غیراهداءکننده (۲۰/۰۳) ندارد؛ بنابراین فرضیه هفتم مبنی بر: بین اعلام آمادگی برای اهدای عضو و نوع شخصیت آنان (عام‌گرا - خاص‌گرا) تفاوت معناداری وجود دارد، تأیید نمی‌شود.

فرضیه هشتم: مدعی است افرادی که از سلامت جسمانی بیشتری بهره‌مند هستند، کمتر اقدام به تهیه کارت اهدای عضو می‌کنند. برای بررسی صحت و سقم این فرضیه از آزمون تی مستقل استفاده می‌شود.

جدول ۱۴: آزمون تی برای مقایسه میانگین سلامت جسمانی افراد اهداءکننده و غیر اهداءکننده

متغیر	گروه‌ها	تعداد	میانگین‌ها	انحراف معیار	t	درجه آزادی	سطح معناداری
سلامت جسمانی	اهدای عضو	۱۹۲	۳۰/۸۸	۳/۸۷۵	۱/۳۶۳	۳۸۲	۰/۱۹۱
	عدم اهدای عضو	۱۹۲	۳۰/۳۶	۳/۶۲۹			

همان‌گونه که در جدول فوق ملاحظه می‌شود، میانگین سلامت جسمانی افراد اهداءکننده (۳۰/۸۷) با فرض همگن بودن واریانس‌ها، تفاوت معناداری ($\text{sig}=0/186$) با میانگین سلامت

جسمانی افراد غیراهداءکننده (۳۰/۳۸) ندارد؛ بنابراین فرضیه هشتم مبنی بر: تفاوت بین سلامت جسمانی و اعلام آمادگی برای اهدای عضو تأیید نمی‌شود. فرضیه نهم: مدعی است افرادی که دارای اعتماد بالاتری هستند، بیشتر اقدام به تهیه کارت اهداء عضو می‌کنند. برای بررسی صحت و سقم این فرضیه از آزمون تی مستقل استفاده می‌شود.

جدول ۱۵: آزمون تی برای مقایسه میانگین اعتماد افراد اهداءکننده و غیراهداءکننده

متغیر	گروه‌ها	تعداد	میانگین‌ها	انحراف معیار	t	درجه آزادی	سطح معناداری
اعتماد	اهدای عضو	۱۹۲	۱۷/۵۱	۳/۱۴۷	۱۰/۱۱۰	۳۸۲	۰/۰۰۰
	عدم اهدای عضو	۱۹۲	۱۳/۸۸	۳/۸۵۳			

همان‌گونه که در جدول فوق ملاحظه می‌شود، میانگین اعتماد افراد اهداءکننده عضو (۱۷/۵۱) با فرض همگن بودن واریانس‌ها، تفاوت معناداری ($\text{sig}=0/000$) با میانگین افراد غیر اهداءکننده عضو (۱۳/۸۸) دارد؛ بنابراین فرضیه نهم مبنی بر: اعلام آمادگی برای اهدای عضو با اعتماد به حرفه پزشکی (بیمارستان‌ها و پزشکان) تفاوت معناداری دارد تأیید می‌شود. به این معنا که افرادی که دارای اعتماد بالاتری هستند بیشتر، اقدام به تهیه کارت اهداء عضو می‌کنند.

در تحقیق حاضر برای تبیین اهداءکنندگی توسط متغیرهای مستقل با استفاده از رگرسیون لوجستیک، ابتدا متغیر اهداءکنندگی به صورت یک متغیر دوقوله‌ای (افراد دارای کارت=۱، افراد بدون کارت=۰) در نظر گرفته شد. سپس با استفاده از روش «forward» در این مدل متغیرهای میزان آگاهی، نگرش مثبت، دینداری، اعتماد، تحصیلات فرد، به‌عنوان متغیرهای مستقل به‌منظور تبیین اهداءکنندگی (وابسته) وارد شدند. تعداد مشاهدات و مشاهدات منتخب در آن ۳۸۴ مورد بوده و داده مفقوده‌ای وجود نداشت؛ بنابراین معادله رگرسیونی با ۳۸۴ مورد انجام گرفت. همان‌طور که در جدول (۱۶) نشان می‌دهد مدل لوجستیک اتفاقی ۸۳/۹٪ مشاهدات را به‌درستی به رده‌های موجود متغیر پاسخ، طبقه‌بندی می‌نماید. این درصد برای طبقه صفر ۸۳/۳٪ و برای طبقه یک نیز ۸۴/۴٪ می‌باشد.

جدول ۱۶: طبقه‌بندی مقادیر پیش‌بینی شده متغیر اهداءکنندگی (در میان کل پاسخگویان $N=384$)

مشاهده شده		پیش‌بینی شده		
		وضعیت اهداءکنندگی		درصد پیش‌بینی شده صحیح
		عدم‌اهدای عضو	اهدای عضو	
وضعیت افراد از نظر اهداءکنندگی	=۰ عدم‌اهدای عضو	۱۶۰	۳۲	۸۳/۳
	=۱ اهدای عضو	۳۰	۱۶۲	۸۴/۸۴
میانگین موزون نسبت پاسخ‌های صحیح در دو دوره				۸۳/۹

تحلیل رگرسیون چند متغیره نگرش به اهداء عضو براساس متغیرهای وارد شده به مدل نشان داد که ۳۹ درصد متغیر وابسته از طریق متغیرهای میزان آگاهی، نگرش مثبت به اهداء عضو و اعتماد به پزشکان در مدل رگرسیونی باقی ماندند که ضریب همبستگی چندگانه آنها برابر با ۳۹ درصد به دست آمده است و این ضرایب بیانگر این است که با استفاده از واریانس ترکیب خطی متغیرهای مستقل موجود در معادله رگرسیونی، می‌توان ۳۹ درصد از واریانس نگرش به اهداء عضو در میان شهروندان یزد را توضیح داد. مابقی تغییرات متغیر نگرش به اهداء عضو به دلیل پیچیده و چند بعدی بودن متغیر وابسته ناشی از تأثیر سایر عوامل می‌باشد که در این جا مورد بررسی قرار نگرفته‌اند، همچنین مدل رگرسیونی تبیین شده نیز طبق آزمون تحلیل واریانس انجام شده خطی و معنادار می‌باشد.

جدول ۱۷: مشارکت نسبی متغیرهای مستقل در تبیین متغیر اهداءکنندگی

متغیرها	وزن (Beta)ها	انحراف معیار	آزمون والد	درجه آزادی	سطح معناداری	نسبت برتری (Exp)(B)
مقدار ثابت	-۱۳/۵۳۴	۱/۳۹۱	۹۴/۷۰۱	۱	۰/۰۰۰	۱/۴۵۷
میزان آگاهی از اهداء عضو	۰/۳۷۷	۰/۰۵۹	۴۰/۲۳۴	۱	۰/۰۰۰	۱/۱۸۸
وجه نظر مثبت به اهداء عضو	۰/۱۷۲	۰/۰۲۹	۳۵/۷۵۳	۱	۰/۰۰۰	۱/۲۴۱
اعتماد	۰/۲۱۶	۰/۰۴۵	۲۳/۱۴۱	۱	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰

جدول ۱۸: شاخص برازش مدل در تبیین متغیر اهداءکنندگی

شاخص‌های برازش مدل	χ^2	d.f	p
2loglike lihood	۳۰۴/۶۵۵	۳	۰/۰۰۰
Model χ^2	۲۲۷/۶۸۲	۳	۰/۰۰۰

نتیجه‌گیری

هدف اصلی این تحقیق بررسی رابطه بین عوامل فرهنگی و اجتماعی و اهداء‌کنندگی است که تئوری‌های مختلف مورد بررسی قرار گرفت و تا حدودی عوامل تعدیل‌کننده این رابطه مشخص شد. سپس با الهام از این دیدگاه‌ها رابطه بین متغیرهای مستقل و اهداء‌کنندگی مورد بررسی قرار گرفت و با توجه به داده‌های به‌دست آمده از پیمایش، با استفاده از آزمون‌های مختلف آماری، روابط بین سازه‌های آن مورد آزمون قرار گرفته و در نهایت برازش آن مشخص شد. بدین صورت، فرضیات تحقیق مورد آزمون واقع شده و نتایج زیر به‌دست آمد:

نتایج حاصل از آزمون فرضیه اول نشان داد که: بین اعلام آمادگی برای اهدای عضو توسط افراد با سن آنها تفاوت معناداری ندارد. این مهم با نتایج پژوهش شکرایی فرد (۱۳۸۶)، هلیل بیلگل (۲۰۰۲) در تضاد است.

یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد که بین اعلام آمادگی برای اهدای عضو و تحصیلات رابطه وجود دارد. در واقع می‌توان گفت: افرادی که دارای تحصیلات بالا می‌باشند، بیشتر اقدام به تهیه کارت اهدای عضو نموده‌اند. در نظر بورديو تحصیلات به سرمایه اقتصادی قابل تبدیل است و گاه ممکن است به سرمایه اجتماعی نیز تبدیل گردد. به این ترتیب که تحصیلات و داشتن مدارک عالی مشاغل پردرآمدی را در اختیار فرد قرار می‌دهد که با قرار گرفتن در آن موقعیت‌ها می‌تواند نه تنها به پول بلکه به قدرت نیز دست یابد و از نمادهایی هم برای مشروعیت بخشیدن به موقعیت خود استفاده کند. البته موانعی نیز در راه تبدیل انواع سرمایه به یکدیگر وجود دارد (ممتاز، ۱۳۸۳: ۱۵۱) در پژوهش حاضر پایگاه اجتماعی - اقتصادی (تحصیلات، شغل و درآمد) از طریق متغیرهای دینداری، نگرش به اهداء عضو و آگاهی از موضوع اهداء عضو بر روی اهداء عضو و بافت پس از مرگ مغزی تأثیر می‌گذارد به عبارتی هر چه تحصیلات افراد بالاتر باشد آگاهی آنها از موضوع اهداء عضو بیشتر می‌شود. یافته‌های این پژوهش با نتایج تحقیق شکرایی فرد (۱۳۸۶) و هلیل بیلگل (۲۰۰۲)، همخوانی دارد.

رابطه بین جنسیت و اهداء‌کنندگی مورد تأیید قرار نگرفت که با نتایج تحقیق شاهسون (۱۳۷۶)، شکرایی فرد (۱۳۸۶)، هلیل بیلگل (۲۰۰۲) ناهمسو می‌باشد. از دیگر یافته‌های تحقیق این بود که بین آگاهی و اهداء‌کنندگی رابطه وجود دارد. در واقع افرادی که دارای آگاهی‌های لازم و اساسی در ارتباط با موضوع می‌باشند، بیشتر اقدام به تهیه کارت اهدای عضو می‌نمایند که با نتایج پژوهش گل‌نژاد (۱۳۷۴)، شاهسون (۱۳۷۶)، ظهور و بزرگ مقام (۱۳۷۹)، توکلی (۱۳۸۳)، عزیزی (۱۳۸۴)، شکرایی فرد (۱۳۸۶)، عباسی دولت‌آبادی و

همکارانش (۱۳۸۹)، برومند و همکاران (۱۳۹۰)، منظری (۱۳۹۰)، خودلان (۱۳۹۲)، اوانیسکو و بیزل (۱۹۹۸)، اورمرد و همکارانش (۲۰۰۵)، همخوانی دارد و با نتایج پژوهش قادی پاشا و همکاران (۱۳۸۷)، رضایی و شکور (۱۳۷۹) ناهمسو می‌باشد.

مطابق با نظریه بورديو می‌توان گفت افراد دارای پایگاه‌ها و عادت‌واره‌های متفاوتی هستند که این تفاوت‌ها خود را در مواجهه با کم و کیف موضوع اهداء عضو خود را نشان می‌دهد به عبارتی هرچه آگاهی شهروندان از مرگ‌مغزی بیشتر باشد، بیشتر اقدام به تهیه کارت اهدای عضو می‌کنند. در تحلیل لوجستیک نیز آگاهی از مرگ‌مغزی در کنار سایر متغیرها، بیشترین تأثیر را بر اهداء‌کنندگی (اقدام به تهیه کارت اهدای عضو) داشته است. به‌طوری‌که این متغیر-آگاهی- توانسته است حدود ۰/۳۷۷ درصد از متغیر اهداء‌کنندگی را پیش‌بینی کند. بدین ترتیب افراد با آگاهی بیشتر، از نگرش مثبت‌تر و دارای اعتماد اجتماعی بیشتر هستند. این عوامل انگیزه لازم را برای اهداء‌کنندگی در افراد ایجاد می‌کند. مسأله آگاهی عمومی از اهمیت به‌سزایی برخوردار است؛ به‌طوری‌که می‌توان گفت هرچه سطح آگاهی‌های مردم ارتقاء یابد، بهتر و آسان‌تر می‌توان مسأله کمبود اعضای اهدایی را حل نمود. بدین صورت که مرگ‌مغزی باید درست و صحیح توضیح داده شود تا برای مردم، قابل فهم گردد. همان‌گونه که یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد، اکثر پاسخگویان (۶۶ درصد) مرگ‌مغزی را با حالت کما یکسان می‌دانند. درحالی‌که فردی که دچار کما می‌شود ممکن است سال‌ها در این وضعیت بماند، مردم با یکی دانستن مفهوم کما و مرگ‌مغزی، این حالت را قابل برگشت می‌دانند و تصور می‌کنند فرد دچار مرگ‌مغزی، هر لحظه به هوش بیاید، به همین دلیل، از اهدای اعضا و نسوج خودداری می‌کنند. لذا، اطلاع‌رسانی در این زمینه، برای عموم مردم باید به‌صورتی روشن، ساده و قابل فهم باشد.

همچنین یافته‌ها، وجود رابطه بین وجه نظر مثبت و اهداء‌کنندگی را تأیید کرده‌اند؛ که می‌تواند از عوامل مؤثر در اهدای عضو و بافت بدن باشد که با نتایج پژوهش توران گل نژاد (۱۳۷۴)، شاهسون (۱۳۷۶)، ظهور و بزرگ مقام (۱۳۸۲)، عزیزی (۱۳۸۳)، شکرایی‌فرد (۱۳۸۶)، ودادهیر و همکاران (۱۳۹۲)، لویز و همکارانش (۲۰۰۸)، سیکو و لانگ (۲۰۰۸)، سیمونف و همکاران (۲۰۰۷)، فروتوس و همکارانش (۲۰۰۲)، سو شان چو (۲۰۰۱) همسو و با نتایج رضایی و شکور (۱۳۷۹) مغایرت دارد مطابق با دیدگاه وبر می‌توان گفت نگرش‌ها نیز یکی از عوامل تعیین‌کننده رفتارها هستند که خود ناشی از آگاهی و احساس فرد نسبت به موضوع و تمایل به انجام عملی در مورد آنها است. آگاهی شهروندان سبب می‌شود که نگرش

مثبت به اهداءکنندگی در فرد تقویت گردد. در واقع افراد برای اهداءکنندگی نیازمند نگرش‌های مثبت به اهدای عضو می‌باشند زیرا یکی از خاستگاه‌های رفتار، نگرش‌های افراد می‌باشد. در واقع فرد زمانی اقدام به تهیه کارت اهدای عضو می‌کند که از دانش و مهارت کافی نیز برخوردار باشد. از طرف دیگر در ذهن خود نیز نوعی احساس آمادگی و برخوردارگی از دانش، اطلاعات کافی و توانایی انجام دادن عمل را داشته باشد. از این‌رو فردی که از آگاهی بالاتری از مرگ مغزی برخوردار باشد. نگرش وی به اهداءکنندگی نیز نسبت به افرادی که آگاهی کمتری دارند. مثبت‌تر است. از طرف دیگر، همین نگرش مثبت منجر به اقدام به تهیه کارت اهدای عضو می‌شود. یکی دیگر از فرضیات تحقیق که مورد تأیید قرار نگرفت، رابطه بین پایگاه اقتصادی-اجتماعی و اهداءکنندگی است. که با نتایج تحقیق شکرایی فرد (۱۳۸۶) و هلیل بیلگل (۲۰۰۴) تضاد است.

از دیگر نتایج پژوهش، عدم رابطه بین سلامت جسمانی و اهداءکنندگی است که با نتایج پژوهش شکرایی فرد (۱۳۸۶) در تضاد است

همچنین یافته‌ها، وجود رابطه بین اعتماد به حرفه پزشکی و اهداء عضو را تأیید کرده‌اند. بدین معنا که افرادی که اعتماد بیشتری به پزشکان و بیمارستان‌ها دارند بیشتر اقدام به تهیه کارت اهدای عضو می‌کنند که با نتایج پژوهش، ظهور و بزرگ مقام (۱۳۷۹)، قادی پاشا و همکارانش (۱۳۸۷)، عزیزی (۱۳۸۴)، توکلی (۱۳۸۴)، شکرایی فرد (۱۳۸۶)، خودلان (۱۳۹۲)، کسلرینگ و همکارانش (۲۰۰۷)، سیکو و همکارانش (۲۰۰۵)، مارتینز و همکارانش (۲۰۰۱)، سو شان چو (۲۰۰۱) همخوانی دارد. پزشکان نقش واسطه را بین اهداءکنندگان و گیرندگان عضو دارند و حیاتی نو را به ارمغان می‌آورند، ولی یافته‌های پژوهش و پژوهش‌های مشابه بیانگر عدم اعتماد مردم به حرفه پزشکی می‌باشد و یکی از موانع مهم و اساسی در افزایش اهدای عضو همین بی‌اعتمادی می‌باشد. با توجه به دیدگاه گیدنز، اهدای عضو به‌عنوان یک کنش اجتماعی تحت تأثیر عاملیت (کنشگر) و ساختار قرار دارد. در بحث پیرامون اهداءکنندگی، باید به عامل اعتماد توجه خاص مبذول شود. اعتماد از نوع شخصی و پایبندی‌های محدود و چهره‌دار و اعتماد انتزاعی از نوع غیرشخصی و پایبندی‌های بی‌چهره‌ای که در نظام‌ها معنا می‌یابد، هر دو در فرآیند اهداءکنندگی مؤثرند. در نهایت می‌توان گفت: اهدای عضو نیز به‌عنوان موضوع مهم دوران مدرن و تجربه‌ای جدید وابسته به مکانیسم‌های اعتماد می‌باشد؛ که در صورت بی‌اعتمادی کنش‌های افراد مبنی بر نگرانی و رویکردهای بدگمانی می‌شود که خود می‌تواند مانعی در مسیر تحقق اهدای عضو باشد. در واقع پایین بودن سطح اعتماد به این

معناست که شیوه‌های اجتماعی کردن مبتنی بر بدگمانی، احتیاط و دوری گزیدن از دیگران اصولاً مانع ایجاد اعتماد چه در سطح اشخاص و چه نسبت به نهادها به صورت انتزاعی است؛ بنابراین اعتماد جای خود را به احتیاط خواهد داد. عوامل مؤثر بر کاهش اعتماد اجتماعی را می‌توان فردگرایی، کاهش پیش‌بینی‌پذیری رفتار، عدم صداقت و داشتن رفتار تقلب‌گرایانه، عدم وفای به عهد و عدم رعایت حقوق دیگران در نظر گرفت. در این راستا وظایف مهمی به عهده پزشکان است که یکی از مهم‌ترین آن‌ها اطلاع‌رسانی شفاف در مورد فرآیند اهدای عضو و مراحل مختلف آن، چگونگی ارتباط بین اهداءکنندگان و گیرندگان اعضا و مسائلی از این قبیل است. همچنین طبق نتایج به‌دست‌آمده از تحلیل لوجستیک نیز متغیر اعتماد بعد از آگاهی از مرگ مغزی، بیشترین تأثیر را بر اهداءکنندگی (اقدام به تهیه کارت اهدای عضو) داشته است. به‌طوری‌که این متغیر توانسته است حدود ۰/۲۶۱ درصد از متغیر اهداءکنندگی را پیش‌بینی کند. نتایج بین ویژگی‌های شخصیتی (عام‌گرا، خاص‌گرا) و اهداءکنندگی تأیید نشد که با نتایج پژوهش شکرایی‌فرد (۱۳۸۶) و خودلان (۱۳۹۲) در تضاد است.

پیشنهادات اجرایی

بی‌تردید رسانه‌های جمعی نفوذ بسیاری در میان توده‌های مردم دارند و می‌توانند منشأ تحولات اجتماعی گسترده‌ای شوند. در این بین تلویزیون به‌ویژه در کشور ما اهمیت بیشتری دارد چرا که براساس پژوهش‌های متعدد، منبع اصلی اطلاعات بهداشتی، پزشکی، اجتماعی و فرهنگی مردم محسوب می‌شود. موضوع اهدای عضو نیز پدیده‌ای اجتماعی و فرهنگی است که با مسائل مختلف پزشکی، فرهنگی و رفتاری در هم آمیخته و برای بهبود وضعیت آمار اهدای بیماران مرگ مغزی که به دلایل مختلف دچار این حادثه می‌شوند نیاز به اقدامات جدی و گسترده فرهنگی، اجتماعی و رسانه‌ای محسوب می‌شود؛ که با فرهنگ‌سازی می‌توان آمادگی را برای تمایل به اهدای عضو بیشتر نمود که یکی از راهکارهای آن پرداختن به این مسأله در رسانه‌ها و به شیوه‌هایی است که آگاهی افراد را در زمینه مرگ مغزی، کما و تفاوت‌های آن دو با هم بالا ببرد و قطعاً برای رسیدن به نتایج مطلوب در برنامه‌هایی که با موضوع اهدای عضو ساخته می‌شوند باید از پزشکان و کارشناسان مجرب در این حوزه استفاده شود زیرا اطلاع‌رسانی نادرست نتیجه و اثرات مخربی در بر خواهد داشت. در واقع حضور فعال متخصصان و کارشناسان مرتبط با موضوع اهدای عضو در تلویزیون و ارائه اطلاعات و

آگاهی‌های مناسب به مخاطبان، تهیه و پخش چنین برنامه‌هایی می‌تواند در خصوص اصلاح نگرش‌های غلطی که در زمینه مرگ مغزی در اذهان شکل گرفته است مؤثر باشد. یکی از فعالیت‌هایی که در زمینه گسترش فرهنگ اهداء در واحد پیوند صورت گرفته است اقدام به صدور کارت اهداء برای افرادی بوده که تمایل دارند که در صورت ابتلا به مرگ مغزی اعضای خود را اهداء نمایند، صدور کارت اهداء طرحی نمادین است و با این کارت افراد تمایل خود را برای اهدای اعضای بدن خویش نشان می‌دهند اما در صورت ابتلا به مرگ مغزی خانواده فرد، تصمیم‌گیرنده نهایی خواهد بود اما به هر شکل ثبت‌نام و عضویت در بانک اهداء ذهنیت و آمادگی را در خانواده‌ها ایجاد می‌نمایند تا در صورت مواجهه با چنین مسأله‌ای راحت‌تر تصمیم بگیرند. ولی با این حال براساس یافته‌های تحقیق ۶۳ درصد از افراد اصلاً نمی‌دانستند که برای دریافت کارت اهداء به کجا مراجعه کنند. در این راستا می‌توان در کنار آموزش و آگاهی دادن در مورد مرگ مغزی توزیع فرم کارت اهدای عضو در مدارس و مراکز آموزش عالی مورد توجه قرار گیرد و این کار زمینه بهتر و بیشتری را برای استقبال مردم از اهداء‌کنندگی فراهم می‌کند.

منابع

- احمدیان، شمسی؛ حقدوست، علی‌اکبر و محمدعلیزاده، سکینه (۱۳۸۸). «مقایسه نظرات خانواده‌های بیماران مرگ مغزی رضایت‌دهنده و امتناع‌کننده از اهدای عضو در زمینه عوامل مرتبط با تصمیم اتخاذ شده»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان*، دوره شانزدهم، شماره ۴: ۳۵۳-۳۶۳.
- افضل آقایی، منور؛ خورسند و کیل‌زاده، علی؛ رحمانی‌فر، فریده؛ محمدنیا، نیلوفر و ابراهیم خالقی (۱۳۸۶). «عوامل مرتبط با اهداء عضو و بافت پس از مرگ مغزی در بیمارستان‌های آموزشی علوم پزشکی مشهد در طی سال‌های ۱۳۸۵-۱۳۹۲»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، سال ۵۹(۳): ۱۴۸-۱۵۴.
- افضلی، محمدعلی (۱۳۹۳). «مرگ مغزی از منظر فقه شیعه و طب جدید»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۴(۱۱۳): ۲۳۳-۲۲۲.
- امیرکافی، مهدی (۱۳۷۵). *اعتماد اجتماعی: اعتماد اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، تهران: دانشگاه شهید بهشتی.
- آزاد ارمکی، تقی و کمالی، افسانه (۱۳۸۳). «اعتماد، اجتماع و جنسیت»، *مجله جامعه‌شناسی ایران*، ۵(۱): ۱۳۲-۱۰۰.
- بیرو، آلن (۱۳۷۶). *فرهنگ علوم اجتماعی*، (ترجمه باقر ساروخانی)، تهران: انتشارات کیهان.
- برومند؛ محمدعلی و اصغری، فریبا (۱۳۹۰). «آیا مردم تهران با اهدای عضو نزدیکانشان پس از مرگ مغزی موافق هستند؟»، *مجله اخلاق و تاریخ پزشکی*، ۵۸(۱): ۵۱-۵۸.
- بزمی، شبنم؛ کیانی، مهرزاد و رضوانی، سودابه (۱۳۸۸). «بررسی جنبه‌های اخلاقی و حقوقی پیوند اعضا»، *فصلنامه اخلاق پزشکی*، ۱۰(۳): ۸۸-۱۰۱.
- بورديو، پی‌یر (۱۳۸۴). *نظریه کنش، دلایل عملی و انتخاب عقلانی*، (ترجمه مرتضی مردمی‌ها). تهران: نقش و نگار.
- پیرسون، کریستوفر (۱۳۸۰). *گفتگو با آنتونی گیدنز*، (ترجمه علی اصغر سعیدی). تهران: کویر.
- توکلی، امیرحسین؛ رسولیان، مریم و قدری گلستانی، مهدی (۱۳۸۴). «مقایسه افسردگی و شاخص‌های رضایت‌مندی در خانواده‌های دارای فرد فوت‌شده مرگ مغزی در دو گروه اهداء‌کننده و غیر اهداء‌کننده اعضا»، *مجله روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)*، ۱۱(۴): ۴۱۸-۴۱۳.
- چلبی، مسعود (۱۳۸۱). *بررسی تجربی نظام شخصیت در ایران*، تهران: مؤسسه پژوهشی فرهنگ، هنر و ادبیات.
- شکرایبی فرد، لیلیا (۱۳۸۶). *تحلیل جامعه‌شناسی اهدای عضو و بافت پس از مرگ مغزی در بین شهروندان تهرانی*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، تهران: دانشگاه علامه طباطبایی.
- حاتمی، علی‌اصغر و مسعودی، ندا (۱۳۹۱). «مبانی فقهی پیوند اعضا از مردگان مغزی و تحلیل ماده واحده راجع به پیوند اعضا مصوب ۱۳۷۹»، *فصلنامه پژوهش حقوق خصوصی*، ۱۱(۱): ۱۰۵-۱۲۸.
- روشه، گی (۱۳۷۶). *جامعه‌شناسی تالکوت پارسونز*، (ترجمه عبدالحسین نیک‌گهر). تهران: تبیان.

- شاهسون، علیرضا (۱۳۷۶). بررسی نگرش کارمندان/ادارت شهر کرمان نسبت به اهدای عضو خود و بستگان بعد از تشخیص مرگ مغزی، پایان نامه کارشناسی ارشد، کرمان: دانشگاه علوم پزشکی کرمان.
- شکور، عباس و رضایی، ساناز (۱۳۷۹). «بررسی میزان آگاهی و نگرش افراد بالای ۱۵ سال شهر تهران در مورد مرگ مغزی و اهدای اعضای پیوندی بعد از مرگ در وابستگان»، مجله علمی پزشکی-قانونی، ۲۴-۲۸: (۲۱)۶.
- صادقیان، ندا (۱۳۸۸). بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر انتخاب درمان نازایی در زنان نازا، پایان نامه کارشناسی ارشد، تهران: دانشگاه علامه طباطبایی.
- صادقیان، هدی (۱۳۸۶). پیوند/اعضاء در فقه و حقوق موضوعه ایران، پایان نامه کارشناسی ارشد، تهران: دانشگاه تهران.
- طباطبایی، سید محمود (۱۳۹۲). «نقدی به موضوع شناسی مرگ مغزی از دیدگاه لغوی، فقهی و پزشکی»، مجله اخلاق و تاریخ پزشکی، ۱۶-۱: (۲)۶.
- ظهور، علی رضا و بزرگ مقام، مسعود (۱۳۸۲). «نگرش شهروندان تهرانی به پیوند اعضا و اهدای عضو در مرگ مغزی»، مجله پزشکی/رومی، ۱۴(۱): ۵۰-۵۵.
- عباسی دولت آبادی، زهرا؛ فراهانی، بهناز؛ فشارکی، محمد و نجفی زاده، کتایون (۱۳۹۸). «تأثیر آموزش در ارتباط با مرگ مغزی و اهدای عضو بر نگرش و آگاهی دانشجویان پرستاری»، مجله پرستاری مراقبت ویژه، ۳(۳): ۱۱۲-۱۰۹.
- عباسی، زینب و پیمان، اکرم (۱۳۹۱). «بررسی مرگ مغزی و پیوند اعضا در ایران»، فصلنامه حقوق پزشکی، ۲۰(۲): ۴۳-۵۴.
- عابدی، حیدر علی؛ محمدی، محبوبه و عبدیزدان، غلامحسین (۱۳۹۱). «تجارب خانواده‌های بیماران مرگ مغزی از ارتباط و آشنایی با خانواده و فرد گیرنده عضو»، مجله دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، ۱۳(۱): ۹۸-۹۱.
- عبدالهی، محمد (۱۳۸۳). «جامعه‌شناسی بحران هویت»، مجله نامه پژوهش، ۱(۲ و ۳): ۸۳-۶۳.
- عبدالهی، محمد و شکرایی فرد، لیلا (۱۳۸۶). «تحلیل جامعه‌شناسی اهدای عضو و بافت پس از مرگ مغزی در بین شهروندان تهرانی»، فصلنامه علوم اجتماعی، ۳۷: ۳۸-۱.
- قادی پاشا، مسعود؛ نیکیان، یدالله؛ صالحی، محمد و تاج‌الدینی، زهره (۱۳۸۷). «بررسی نگرش پزشکان نسبت به اهدای عضو و میزان آگاهی از قوانین و مقررات و روند انجام آن در مرگ مغزی»، مجله پزشکی قانونی، ۱۴(۵۰): ۱۱۶-۱۱۲.
- گل‌نژاد، توران (۱۳۷۴). بررسی میزان آگاهی، نگرش و عملکرد کارکنان بخش درمانی بیمارستان‌های شهر تهران در مورد پیوند اعضا و اهدای عضو، پایان نامه کارشناسی ارشد، تهران: دانشگاه علوم پزشکی.
- گیدنز، آنتونی (۱۳۸۴). جامعه‌شناسی، ترجمه منوچهر صبوری، چاپ پانزدهم، تهران: نشر نی.
- گیدنز، آنتونی (۱۳۷۷). پیامدهای مدرنیت، ترجمه محسن ثلاثی، تهران: نشر مرکز.

متولی‌زاده، سعید و زکیانی، شعله (۱۳۸۶). «مرگ مغزی و اهداء عضو»، *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان*، ۹(۲) پی در پی (۲۲): ۵-۶.

مجتهدی، یوسف (۱۳۹۴). چالش مفهوم عضو در حقوق ایران با تأکید بر نقد رای وحدت رویه شماره ۱۳۹۴/۱/۱۸-۷۴۰ دیوان عالی کشور، پنجمین همایش سراسری طب و قضاء، قانون مجازات اسلامی از منظر پزشکی قانونی، ساری ۲۹-۲۷ آبان ماه.

محسنی، منوچهر (۱۳۸۲). *جامعه‌شناسی پزشکی*، تهران: طهوری.

محسنی، منوچهر (۱۳۷۹). *بررسی آگاهی‌ها و نگرش‌ها و رفتارهای اجتماعی-فرهنگی در ایران*، تهران: دبیرخانه شورای فرهنگ عمومی.

مقدم، سمیه (۱۳۹۱). *بررسی جامعه‌شناختی نگرش زنان به مسائل اجتماعی مربوط به خودشان*، پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد، تهران: دانشگاه تهران.

مهدی الشریف، محمد؛ میرشکاری، محمدحسن و جلیلی، مهدی (۱۳۹۳). «مشروعیت و ماهیت قراردادی پیوند عضو از انسان زنده»، *فصلنامه اخلاق پزشکی*، ۸(۳۱): ۱۹۰-۱۴۹.

منظری، زهرا سادات (۱۳۹۰). *فرآیند مواجهه با اهدای عضو در خانواده بیماران مرگ مغزی و طراحی مدل پرستاری*، رساله‌ی دکترای تخصصی (p.h.D)، تهران: دانشگاه تربیت مدرس.

ودادهیر، ابوعلی؛ جواهری، فاطمه و عباسی خودلان، فرزاد (۱۳۹۲). *مطالعه عوامل اجتماعی-فرهنگی مؤثر در گرایش به اهدای اعضای بدن (نمونه موردی افراد ۱۸ سال به بالا شهر کاشان)*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، تهران: دانشگاه تربیت مدرس.

وبر، ماکس (۱۳۷۴). *اقتصاد و جامعه*، ترجمه عباس منوچهری و دیگران، تهران: مؤسسه فرهنگی انتشاراتی مولی.

- Bilgel, H. (2004). "A survey of the public attitudes towards organ donation in a Turkish community and of the changes that have taken place in the 12 years", *Journal of Transplant International*, vol. 17: 126-130
- Kesselring, A.; Kainz, M. and Kiss, A. (2007). "Traumatic Memories Of Relatives Regarding Braindeath, Request For Organ Donation And Interactions With Professionals In The ICU". *American journal of Transplantatin Proceedings*, 7: 211-217.
- Kim, JR.; Elliott, D. and Hyde, C. (2004). "The influence of sociocultural factors on organ donation and transplantation in korea: findings from key informant interviews". *Journal Transcult Nurs*; 15: 147-154.
- Lopez, JS.; Martinez, MJ.; Scandroglio, B. and Martinze Garcia, JM. (2008). "Family Perception Of The Process Of Organ Donation Qualitative Psychosocial Apalysis Of The Subjective Interpretation Of Donor And Nondonor Families". *SpamjournalPsychologic*, 11(1): 125-136.
- Martinez, J.; López, JS.; Martín, A; Martín, MJ.; Scandroglio, B. and Martín, JM. (2001). "Organ donation and family decision-making within the Spanish donation system", *Journal social science & medicine*, 53: 405-421.

- Sque, M.; Long, T.; Payne, S. and Allardyce, D. (2008). "Why Relatives do not Donate Organs for Transplant: Sacrifice 'or' Gift of Life", *Journal of Advanced Nursing*, 61(2): 44-134.
- Siminof, LA.; Mercer, MB.; Graham, G. and Burant, C. (2007). "The Reasons Families donate Organ for Transplantation: Implication for Policy and Practice. *Journal trauma Acute Care Surg*, 62: 969-978.
- Sanner, MA. (2007). "Tow perspectives on organ donation: experiences of potention donor families and intensive care physicians of the same event". *Journal Critcare*, 22(4): 296-304.
- Shu-HsunChu. (2001). "Impact of cadaveric organ donation on tawanese donor familie". *Journal Psychosomatic Medicine*, 63: 67-78.
- Sque, M.; Long, T. and Payne, S. (2005). "Organ donation: key factors influencing families decision making". *Journal of Transplantation Proceedings*, 37(2): 543-546.