

## ضرورت بازنگری در روند پیوند اعضا از دهندگان زنده‌ی غیرفامیل در ایران

علیرضا باقری چیمه<sup>۱\*</sup>

### مقاله‌ی مروری

#### چکیده

تلاشی که در زمینه‌ی پیوند اعضا در کشور از دو دهه‌ی گذشته صورت گرفته است بدون شک فواید بسیاری را برای کشور و بیماران نیازمند داشته است. مدل فعلی پیوند اعضا از دهندگان زنده‌ی غیرفامیل اگرچه توانسته است به‌خوبی مانع از شکل‌گیری قاچاق اعضای پیوندی شود، لیکن با توجه به این‌که در روند اهدای عضو فرد دهنده و گیرنده‌ی عضو یکدیگر را خواهندشناخت، امکان انجام معامله بین آن‌ها وجود خواهد داشت. بنابراین، در واقع دهنده‌ی عضو، عضو پیوندی را اهدا نمی‌کند بلکه آن را به فرد نیازمند می‌فروشد. ارزیابی مجدد قوانین در این زمینه و تدوین راهکارهای مناسب می‌تواند در ارتقای سیستم پیوند اعضا بسیار راهگشا باشد. لذا به‌منظور جلوگیری از خرید و فروش اعضای بدن انسان که غیراخلاقی و غیرقانونی است، پیشنهاد می‌شود که روند پیوند اعضا بدین شکل اصلاح شود که براساس آن افراد داوطلب اهدای عضو بتوانند عضو خود را به‌طور ناشناس اهدا کنند و سپس عضو اهدایی به گیرنده‌ی نیازمند پیوند زده شود بدون آن‌که گیرنده‌ی عضو نیز از مشخصات فرد اهداکننده مطلع شود. در این مقاله ضمن تشریح روند پیوند اعضا از منابع جسد و مرگ مغزی، پیوند اعضا از دهنده‌ی زنده‌ی غیرفامیل در کشور مورد نقد و بررسی قرار گرفته و در پایان پیشنهادهایی به منظور اصلاح روند مذکور ارائه می‌شود.

**واژگان کلیدی:** پیوند اعضا در ایران، قانون مرگ مغزی، هدیه‌ی ایثار، دهندگان زنده‌ی عضو

<sup>۱</sup> استادیار، دانشکده پزشکی، دانشگاه پزشکی علوم تهران

\* نشانی: تهران، بوار کشاورز، خیابان ۱۶ آذر، نرسیده به خیابان پورسینا، پلاک ۲۳، طبقه چهارم، تلفن: ۶۶۴۱۹۶۶۱،

Email: [bagheria@tums.ac.ir](mailto:bagheria@tums.ac.ir)

## مقدمه

همانند بسیاری از کشورها، تاریخچه‌ی پیوند اعضا در ایران با پیوند قرنیه که برای اولین بار در سال ۱۳۱۴ در بیمارستان فارابی تهران انجام شد آغاز می‌شود. اولین پیوند کلیه نیز در سال ۱۳۴۶ در شیراز به انجام رسید. پس از آن تا زمان پیروزی انقلاب اسلامی مجموعاً حدود یک‌صد پیوند کلیه در مراکز تهران و شیراز انجام شد که غالباً کلیه‌های پیوندی از طریق شبکه‌ی پیوند اعضای اروپا تهیه می‌شد (۱). اولین تلاش برای قانونمند کردن برداشت عضو از جسد و مرگ مغزی در سال ۱۳۷۴ به شکست انجامید. با توجه به مشروح مذاکرات صورت گرفته در مجلس شورای اسلامی به نظر می‌رسد که نگرانی قانون‌گذاران از عواقب ناشی از تصویب این قانون و احتمال سوءاستفاده از آن موجب شد تا این لایحه به تصویب نرسد. پس از آن مجدداً در سال ۱۳۷۸ لایحه‌ی پیوند اعضا از جسد و مرگ مغزی به مجلس شورای اسلامی ارائه شد و پس از بحث‌های بسیاری این قانون در فروردین‌ماه ۱۳۷۹ با یک ماده‌ی واحد و سه تبصره به تصویب مجلس شورای اسلامی رسید (۲). در حال حاضر، در کشور از تمامی منابع موجود پیوند اعضا، یعنی پیوند از دهنده‌ی زنده، جسد و مرگ مغزی، برای درمان بیماران استفاده می‌شود.

پیوند اعضا از دهنده‌ی زنده‌ی غیرفامیل، بخش قابل ملاحظه‌ای از پیوند اعضا در کشور را به خود اختصاص داده است. نگرانی عمده در استفاده از این منبع تأمین عضو، امکان خرید و فروش اعضا پیوندی است. در یک چنین مدلی این امکان وجود دارد که اهداکننده و گیرنده‌ی عضو یکدیگر را از قبل بشناسند و در این صورت دهنده‌ی عضو مبلغی را از گیرنده‌ی عضو طلب کند. بنابراین، در یک چنین سیستمی در واقع دهنده‌ی عضو، عضو پیوندی را اهدا نمی‌کند بلکه آن را به فرد نیازمند می‌فروشد و برای آن قیمت تعیین می‌کند،

مسأله‌ی مهمی که از نظر قانونی و اخلاقی پذیرفته نیست. در این مقاله ضمن تشریح روند پیوند اعضا از منابع جسد و مرگ مغزی، پیوند اعضا از دهنده‌ی زنده‌ی غیرفامیل در کشور مورد نقد و بررسی قرار گرفته و در پایان پیشنهاداتی به منظور اصلاح روند مذکور ارائه می‌شود.

## منابع تأمین اعضای پیوندی در کشور

با توجه به توانمندی بسیار بالای پزشکی در کشور، پیوند اعضا از دهنده‌ی زنده، جسد و مرگ مغزی، برای درمان بیماران انجام می‌شود.

## پیوند اعضاء از مرگ مغزی و جسد

اگر چه بعد از پیروزی انقلاب اسلامی پیوند اعضا از جسد با توجه به فتاوی مراجع دینی انجام می‌شد، قانون پیوند اعضا از جسد و مرگ مغزی در فروردین‌ماه ۱۳۷۹ با یک ماده‌ی واحد و سه تبصره به شرح ذیل به تصویب مجلس شورای اسلامی رسید (۲):

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

تبصره‌ی ۱ - تشخیص مرگ مغزی توسط کارشناسان خبره در بیمارستان‌های مجهز دانشگاه‌های دولتی صورت می‌گیرد. این کارشناسان با حکم وزیر بهداشت درمان و آموزش پزشکی به مدت ۴ سال منصوب می‌شوند.

تبصره‌ی ۲ - اعضای تیم‌های تشخیص مرگ مغزی نباید عضویت تیم‌های پیوندکننده را داشته باشند.

تبصره‌ی ۳ - پزشکان عضو تیم از جهت جراحات وارده بر میت مشمول دیه نخواهد شد.

شایسته‌ی اهداکنندگان کلیه و قدردانی از همت والای کسانی که با اهدای یک کلیه‌ی خود به هم‌وطنان دردمند خود کمک می‌کنند مبلغی به‌عنوان هدیه‌ی ایثار پرداخت گردد» (۶). برای دریافت هدیه‌ی ایثار دهنده‌ی عضو و گیرنده‌ی عضو هر دو باید تعهدنامه‌ای را به امضا برسانند که بر مبنای آن اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه وجهی برای اهدای عضو به دهنده‌ی عضو پرداخت نشده است. به‌نظر می‌رسد که پذیرش اهدای عضو از افراد غیرفامیل و تلاش در جهت افزایش سریع اعضای پیوندی زمینه‌ساز اجرای طرح هدیه‌ی ایثار بوده است. اگرچه تأکید فراوانی بر منع پرداخت مبلغی به‌عنوان «قیمت» عضو اهدایی در همه‌ی قوانین پیوند اعضا وجود دارد (۷)، در مورد پرداخت خسارت به اهداکنندگان عضو توافق بین المللی وجود دارد. به‌عنوان مثال، در «معاهده‌ی اروپایی حقوق بشر و زیست‌پزشکی» هرگونه بهره‌برداری مالی از اهدای عضو را منع کرده است، لیکن پرداخت مبلغی به‌عنوان جبران خسارت این افراد را جایز شمرده است (۸). در بند ۵ اصول راهنمای پیوند عضو، سلول و بافت‌های انسانی سازمان جهانی بهداشت جبران خسارت معقولانه، اهداکننده‌ی عضو مورد تأکید قرار گرفته است (۹). در قطعنامه‌ی استانبول که در سال ۲۰۰۸ با هدایت انجمن پیوند اعضا (TTS<sup>1</sup>) و انجمن نفرولوژی (ISN<sup>2</sup>) با حضور ۱۵۰ نفر از جراحان پیوند اعضا، سیاست‌گذاران سلامت، متخصصان اخلاق پزشکی و روحانیون مذهبی در موضوع مبارزه با قاچاق اعضای پیوندی به تصویب رسید، این‌چنین تصریح می‌کند که مخارجی که اهداکننده‌ی عضو شخصاً آن را می‌پردازد و درآمدی که به‌دلیل اهدای عضو از آن محروم می‌شود باید جبران شود (۱۰).

به‌هر حال، این نکته قابل ذکر است که چنان‌چه پرداخت هدیه‌ی ایثار به‌عنوان پرداخت خسارت به دهنندگان عضو در نظر گرفته شود، در اصل موضوع ضرورت پرداخت خسارت

لازم به ذکر است همان‌گونه که در متن فوق آمده است، برخلاف قوانین پیوند اعضا از جسد و مرگ مغزی در سایر کشورها نظیر عربستان، سنگاپور، هند و فلپین که مرگ مغزی را به‌صراحت معادل مرگ انسان می‌داند قانون پیوند اعضای ایران در این مورد سکوت اختیار کرده است (۳). هم‌چنین، نقدهای دیگری نیز در مورد نحوه‌ی نگارش متن این قانون و عدم تصریح از نظر حقوقی بیان شده است (۴). به‌هر حال، تصویب این قانون موجب ایجاد و تقویت زیرساخت‌های ضروری برای انجام پیوند اعضا شد، لیکن همان‌گونه که در ادامه تشریح خواهد شد وجود یک‌سری از عوامل سبب شده است تا این منبع به‌خوبی برای تأمین اعضای پیوندی مورد استفاده قرار نگیرد. به‌عنوان مثال، طبق آمار ارائه‌شده در سال ۱۳۸۹ توسط سازمان بین‌المللی ثبت پیوند اعضا نشان می‌دهد که تعداد پیوند اعضا از جسد ۲/۹ در یک میلیون نفر جمعیت بوده است (۲۱۱ پیوند از جسد)، در حالی که در همان سال از دهنده‌ی زنده این تعداد ۱۸ در یک میلیون نفر جمعیت (۱۳۲۷ پیوند از دهنده زنده) بوده است (۵).

#### پیوند اعضا از دهنندگان زنده

تا قبل از سال ۱۳۶۳ بیماران نیازمند به پیوند ناچار به عزیمت به خارج از کشور برای پیوند کلیه بودند. پس از آن با تلاش پزشکان توانایی انجام پیوند اعضا در کشور فراهم آمد. بدین ترتیب، اولین پیوند کلیه از دهنده‌ی زنده از یک برادر به خواهرش در سال ۱۳۶۳ انجام شد. متعاقب گسترش پیوند اعضا از افراد زنده‌ی غیرفامیل در کشور بنیاد امور بیماری‌های خاص که یک بنیاد خیریه‌ی فعال در امر سلامت است، پیشنهاد اولیه مبنی بر پرداخت مبلغی به‌عنوان هدیه به دهنندگان عضو را ارائه کرد. این بنیاد در انتشارات خود در مورد این برنامه این‌گونه بیان می‌دارد:

«... بدین جهت از اواخر سال ۱۳۷۵ و براساس پیشنهاد تشکیل بنیاد امور بیماری‌های خاص و موافقت هیأت دولت و رییس جمهور مقرر شد به‌منظور تجلیل از اقدام انسانی و

<sup>1</sup> TTS: The Transplantation Society

<sup>2</sup> ISN: International Society of Nephrology

به دهندگان توافق وجود دارد، لیکن نحوه‌ی جبران خسارت خود یکی از مباحث مناقشه برانگیز در پیوند اعضاست. چنانچه منظور از جبران خسارت، پرداخت هزینه‌های جنبی که دهنده‌ی عضو ممکن است در روند اهدا عضو متحمل شود است، از آنجایی که این مبلغ برای دهندگان عضو متفاوت خواهد بود بنابراین، پرداخت یک مبلغ ثابت تحت این عنوان خالی از اشکال نیست. به‌عنوان مثال، ممکن است فردی به منظور اهدای عضو متحمل هزینه‌ی سفر و اقامت شده باشد و دیگری یک چنین هزینه‌ای را متحمل نشده باشد یا این‌که میزان حقوق و درآمد افراد اهداکننده‌ی عضو متفاوت باشد که بنابراین، نحوه‌ی جبران خسارت از کارافتادگی موقت این افراد در طی زمان اهدای عضو و بهبودی پس از آن متفاوت خواهد بود. اهمیت این موضوع در این است که پرداخت یک چنین مبلغی (به‌طور ثابت برای همه‌ی افراد) ممکن است برای یک فرد اغواکننده بوده به‌گونه‌ای که انگیزه‌ی اصلی آن فرد برای اهدا باشد ولی برای فرد دیگری همان مبلغ حتی جبران خسارت هم نباشد.

#### اهدای عضو توسط افراد زنده‌ی غیر فامیل

در کشورهای جهان قوانین متعددی در زمینه‌ی پیوند عضو از افراد زنده وجود دارد. در برخی از کشورها نظیر هندوستان برداشت عضو از فرد زنده محدود به افراد خویشاوند است و در صورتی که فرد دهنده‌ی عضو از بین خویشاوندان بیمار نباشد، اهدای عضو از دهنده‌ی زنده‌ی غیر فامیل باید توسط کمیته‌ای که به همین منظور براساس قانون تشکیل شده است مورد تأیید قرار گیرد. در کشورهایی چون ژاپن و کره‌ی جنوبی برداشت عضو محدود به خویشاوندان است (۱۱). در کشورمان تا سال ۱۳۶۷ پیوند اعضا به افراد خویشاوند محدود بود، لیکن پس از این سال برنامه‌ی پیوند اعضا به افراد غیر فامیل نیز گسترش یافت. براساس آمارهای موجود، طی ۱۲ سال پس از آغاز این برنامه، در حدود دوهزار پیوند کلیه انجام شد که در نتیجه در سال ۱۳۷۹ لیست پیوند عضو برای کلیه

حذف شد (۱۲).

علت اصلی آغاز برنامه‌ی پیوند عضو از افراد زنده‌ی غیر فامیل، تعداد افراد نیازمند به پیوند کلیه و کمبود عضو پیوندی در آن زمان بیان شده بود. به هر حال، لازم به ذکر است که آمار ارائه‌شده نیز نشان می‌دهد که پیوند اعضا در کشور به‌طور غالب از دهنده‌ی زنده غیر فامیل انجام شده است. به‌طوری که تا سال ۱۳۸۶ تعداد ۱۷۷۲۴ پیوند کلیه از دهنده‌ی زنده غیر فامیل انجام شده، در حالی که در همان سال این تعداد در مورد پیوند از دهنده‌ی زنده‌ی فامیل ۲۷۷۰ و از جسد فقط تعداد ۸۶۵ بوده است (۱۳).

نقد مدل فعلی پیوند اعضا از افراد زنده‌ی غیر فامیل

تلاشی که در زمینه‌ی پیوند اعضا در کشور از دو دهه‌ی گذشته صورت گرفته، بدون شک فواید بسیاری را برای کشور و بیماران نیازمند داشته است.

مدل فعلی اگرچه توانسته است به‌دلیل وجود آیین‌نامه‌ی مصوب وزارت بهداشت که انجام پیوند اعضا را به هموطن بودن دهنده و گیرنده محدود می‌کند به‌خوبی مانع از شکل‌گیری قاچاق اعضای پیوندی و آنچه توریست پیوند اعضا نامیده می‌شود گردد لیکن با توجه به این‌که در این برنامه، اهداکننده و گیرنده‌ی عضو یکدیگر را از قبل می‌شناسند یا حتی در بعضی از موارد این افراد توسط انجمن‌های فعال در این زمینه به یکدیگر معرفی می‌شوند، این امکان وجود دارد که دهنده‌ی عضو با انجام یک معامله مبلغی را از گیرنده‌ی عضو طلب کند (۱۴). بنابراین، در یک چنین سیستمی در واقع دهنده‌ی عضو، عضو پیوندی را اهدا نمی‌کند بلکه آن را به فرد نیازمند می‌فروشد و برای آن قیمت تعیین می‌کند. با توجه به این حقیقت می‌توان ادعا کرد که در کشور برای اعضای پیوندی «بازار» وجود دارد و قیمت آن در معامله‌ی خصوصی دهنده و گیرنده‌ی عضو به اضافه‌ی مبلغی که به‌عنوان هدیه‌ی ایثار پرداخت می‌شود، تعیین می‌شود. باوجود یک چنین مدلی این امکان وجود دارد که افراد

شود اهدا کند و سپس عضو اهدایی به بیمار نیازمند پیوند زده شود بدون آن که مشخصات فرد اهداکننده در اختیارش قرار گیرد (۱۴).

در یک چنین مدلی می توان تدابیری اندیشید که بر اساس آن چنانچه اهداکننده و گیرنده‌ی عضو هر دو علاقه‌مند به شناختن یکدیگر باشند و هر دو موافقت کنند پس از گذشت شش ماه از عمل پیوند این دو توسط مرکز پیوند اعضا با یکدیگر آشنا شوند. بدیهی است یک چنین آشنایی پس از انجام پیوند عضو نمی‌تواند مبنایی برای درخواست مبلغی به‌عنوان پول عضو اهدایی قرار گیرد.

این امر قابل پیش‌بینی است که چنانچه سیستم پیوند اعضا براساس ملاحظات اخلاقی بدین شکل اصلاح شود، تعداد اعضای پیوندی در مقایسه با وضعیت کنونی کاهش خواهد یافت. ولی اگر بخواهیم مدعی شویم که سیستم پیوند اعضا با رعایت ملاحظات اخلاقی بنا شده است باید این کاهش تعداد اعضای پیوندی را پذیرفت و در عین حال برای جبران آن از طریق استفاده‌ی بیشتر از سایر منابع ممکن هم‌چون اعضای پیوندی از جسد و مرگ مغزی تلاش کرد.

در این جا ادعا این نیست که در روند فعلی، استفاده از سایر منابع اعضای پیوندی به‌طور کلی نادیده گرفته شده است، لیکن در سیستم فعلی همان‌گونه که اعلام شده است بیماران نیازمند امکان دسترسی به عضو پیوندی را در کوتاه‌مدت دارند، به‌گونه‌ای که لازم نیست تا بیماران در لیست انتظار پیوند بمانند. این تسهیل در دسترسی به عضو پیوندی خود امری است که موجب شده است تا سیاست‌گذاران مربوطه هیچ‌گاه تحت فشار برای افزایش تأمین اعضای پیوندی از سایر منابع هم‌چون جسد و مرگ مغزی نبوده یا در صدد تلاش بیش‌تر برای تشویق مردم برای اهدای نوع‌دوستانه‌ی عضو به هم‌وطنان خود نباشند و تصور کنند حال که مشکل پیوند اعضا بدین شکل حل شده است (حتی اگر افرادی از روی فقر و ناچاری اقدام به فروش عضو خود

برای فروش کلیه‌ی خود پیش‌قدم شوند یا حتی افراد فامیل بیمار به‌جای اهدای عضو به بستگان خود به فکر خرید عضو برای او باشند. همان‌گونه که نتایج مطالعه‌ای که توسط قدس و همکارانش انجام شده است نشان می‌دهد، آغاز برنامه‌ی پیوند اعضا از افراد غیرفامیل تأثیر منفی بر تعداد پیوند اعضا از افراد فامیل داشته و موجب کاهش این‌گونه پیوندها شده است (۱۵).

با توجه به این‌که خرید و فروش عضو پیوندی بر طبق ضوابط موجود در کشور غیرقانونی است، بدون شک تا زمانی که افراد از روی ناچاری و به‌خاطر مشکلات اقتصادی اقدام به دادن (فروش) عضو پیوندی می‌کنند نمی‌توان آن را «اهدا» نامید و بنابراین، نمی‌توان آن را مدلی اخلاقی برای پیوند اعضا نامید.

به‌هنگام سیاست‌گذاری در این رابطه لازم است این نکته را در نظر داشت که براساس وظایف درمانی و برتری‌های حرفه‌ای ممکن است جراحان پیوند اعضا تمایل داشته باشند تا دستورالعمل‌های موجود در زمینه‌ی پیوند اعضا به‌گونه‌ای باشد تا تعداد پیوند اعضا افزایش یابد. و در این بین بی‌شک حفظ جان بیماران نیازمند پیوند می‌تواند توجه بسیار خوب و در ظاهر معقولی باشد. اما سؤال این‌جاست که حفظ جان بیماران نیازمند با چه قیمتی؟ آیا به قیمت این‌که در جامعه‌ی ما تعدادی از افراد از روی فقر و ناچاری اقدام به فروش عضو کنند و در واقع نقش تأمین‌کنندگان اعضای پیوندی را ایفا کنند؟

#### پیشنهاداتی برای اصلاح روند برنامه‌ی پیوند اعضا از

##### افراد زنده‌ی غیرفامیل

به‌منظور اصلاح مشکل اشاره‌شده در فوق باید سیستم پیوند اعضا به‌گونه‌ای بازبینی شود که اهدای عضو به طور ناشناس انجام شود؛ بدین شکل که فرد داوطلب اهدای عضو بتواند عضو پیوندی را به بیمارستان یا مرکزی که بدین منظور معرفی می‌شود بدون این‌که از مشخصات گیرنده‌ی آن مطلع

کرده است لازم است اولاً هم‌چون پیوند عضو از جسد، برنامه‌های تشویق و ترغیب افراد جامعه و خانواده‌ها برای رضایت در اهدای عضو به‌طور وسیع‌تر در سطح کشور به اجرا درآید و هم‌چنین، امکانات لازم به‌منظور حفظ، نگهداری و انتقال اعضا نیز به‌طور کامل‌تری فراهم آید. به‌طور خلاصه می‌توان پیشنهادات اصلاحی و راهکارهای اجرایی به منظور ارتقای سیستم پیوند اعضا را به شرح ذیل ارائه کرد:

#### الف) اولویت‌بندی منابع تأمین اعضای پیوندی

۱- برداشت عضو از جسد و مرگ مغزی با توجه به کم‌تر بودن ملاحظات اخلاقی در برداشت عضو از جسد ضروری است سیستم پیوند اعضا، تأمین عضو پیوندی از جسد و مرگ مغزی را در اولویت برنامه‌های خود قرار دهد.

#### راهکارهای اجرایی

- تقویت حضور «هماهنگ‌کنندگان پیوند» در بیمارستان‌ها (چنان‌چه هماهنگ‌کنندگان مسؤولیت هماهنگی سایر بیماری‌های خاص را نیز عهده‌دار هستند ضروری است فردی فقط به‌عنوان «هماهنگ‌کننده‌ی پیوند» فعالیت کند.)
- تعیین یکی از پزشکان در هر بیمارستان به‌عنوان مسؤول برنامه‌ی پیوند اعضا
- فعال کردن کمیته‌های مسؤول تشخیص و تأیید مرگ مغزی

#### ۲- دریافت عضو از اهداکنندگان زنده

۱-۲- اولویت قراردادن اهدای عضو از افراد فامیل: لازم است محدود کردن اهدای عضو از افراد غیر وابسته به مواردی که هیچ‌گونه امکان برداشت عضو از افراد فامیل وجود نداشته باشد، محدود شود.

۲-۲- اهدای عضو از افراد غیرفامیل باید به‌صورت ناشناخته انجام گیرد:

- سیستم پیوند اعضا باید مقدماتی را فراهم کند که

کنند) پس سیستم کارآیی لازم را داشته و باید به همین‌گونه ادامه یابد. حال آن‌که اگر برای تأمین اعضای پیوندی یک چنین سیستم تسهیل‌شده‌ای (اما سؤال‌برانگیز از نظر اخلاقی) وجود نمی‌داشت، سیاست‌گذاری‌ها به سمتی سوق پیدا می‌کرد تا بتواند اعضای پیوندی را بیش‌تر از سایر منابع تأمین کند. لذا به منظور تأمین اعضا پیوندی از سایر منابع لازم است تا در یک برنامه‌ی جامع موارد ذیل مورد توجه بیش‌تر قرار گیرد:

۱) تأمین اعضای پیوندی از جسد: همان‌گونه که بیان شده است در بسیاری از موارد از اعضای بدن اجساد به‌دلیل فراهم نبودن امکانات تکنیکی لازم برای پیوند اعضا استفاده نمی‌شود (۱۶). برای بهره‌برداری از اعضای بدن اموات باید شرایطی را از نظر تکنیکی و امکانات پزشکی فراهم کرد تا بتوان اعضای پیوندی را در افرادی که دچار توقف قلبی تنفسی شده‌اند تا مدتی قابل استفاده نگاه‌داشت و هم‌چنین در صورت لزوم سیستم حمل و نقل اعضای پیوندی را به‌گونه‌ای برنامه‌ریزی کرد تا در اسرع وقت در اختیار بیمار مناسب آن عضو و گروه پیوند اعضا که ممکن است در شهر دیگری باشند قرار داد. یک چنین سیستمی در کشور اسپانیا توانسته است میزان اعضای قابل پیوند را به‌طور چشم‌گیری افزایش دهد. در یک چنین سیستمی یکی از نکات بسیار مهم وجود افرادی در کلیه‌ی بیمارستان‌هاست که به‌عنوان هماهنگ‌کننده‌ی پیوند اعضا، مسؤول شناسایی دهندگان بالقوه‌ی اعضای پیوندی هستند (۱۷).

۲) تأمین عضو از مرگ مغزی: اگرچه تعداد بیماران مرگ مغزی به‌دلیل تصادفات جاده‌ای در کشور بسیار بالاست لیکن آمار نشان می‌دهد که برای مثال از ابتدا برنامه‌ی پیوند کلیه بعد از انقلاب تا سال ۱۳۸۵ در حدود ۷۸ درصد از اعضای پیوندی از دهندگان زنده‌ی غیرفامیل و ۱۸ درصد از دهندگان زنده‌ی فامیل و فقط ۵ درصد از مرگ مغزی و جسد بوده است (۱۸). به‌منظور بهره‌برداری از این منبع به‌عنوان دهندگان عضو که خوشبختانه قانون پیوند اعضا زمینه‌های آن را فراهم

- هزینه‌های پزشکی و آزمایشگاهی و دارویی که پس از اهدای عضو توسط اهداکننده عضو پرداخت شده است.
- در مواردی که داوطلب اهدای عضو به دلیل طبی و غیره پس از بررسی‌های لازم، مناسب برای پیوند عضو شناخته نشود نیز جبران خسارت ضروری است.

#### ب) حمایت از اهداکنندگان زنده

- توسعه‌ی کلینیک‌های follow up برای همه‌ی اهداکنندگان عضو
- پیگیری مداوم جهت مراجعه‌ی بیمار برای follow up پس از اهدای عضو
- ارائه‌ی پوشش بیمه‌ی درمانی در تمام موارد (نه محدود به بیماری‌هایی که به دلیل اهدای عضو ممکن است بروز کند).
- رفع تأثیرات منفی اهدای عضو در اشتغال و شغل‌یابی این افراد
- ارائه‌ی مشاوره قبل و بعد از اهدای عضو برای فرد اهداکننده و نیز خانواده‌ی وی (بنا بر درخواست فرد)
- قدردانی از اهداکننده‌ی عضو به نحو مقتضی (این امر می‌تواند به طرق مختلف نظیر اعطای نشان، درج نام اهداکنندگان عضو در جرابد و صدا و سیما صورت گیرد).

#### ج) نظارت بر حسن اجرای برنامه‌ی پیوند اعضا

- بدین منظور ضروری است که کمیته‌ی کشوری پیوند اعضا تشکیل و بر روند اجرایی برنامه‌ی پیوند اعضا نظارت مستقیم کند.

#### نتیجه‌گیری

- پیشرفت‌های چشم‌گیر در زمینه‌ی پیوند اعضا توانسته است جایگاه رفیعی را برای کشور در جهان رقم بزند.

- طی آن اهداکنندگان غیر فامیل که داوطلب اهدای عضو خود هستند، بدون این‌که دریافت‌کننده‌ی عضو را بشناسند عضو مورد نظر را اهدا کنند.
- دریافت‌کننده‌ی عضو نیز نباید به اطلاعات شخصی اهداکنندگان عضو دسترسی داشته باشد.
  - ناشناخته بودن اهداکننده و دریافت‌کننده‌ی عضو باید حداقل به مدت ۶ ماه توسط مرکز پیوند اعضا حفظ شود.
  - چنانچه پس از گذشت ۶ ماه از پیوند، هم دهنده‌ی عضو و هم گیرنده‌ی آن موافقت کتبی خود را مبنی بر تمایل به شناختن یکدیگر اعلام کنند، معرفی آنان به یکدیگر بلامانع است.

#### ۲-۳- پذیرش اهداکنندگان غیر فامیل

- اصلاح روند پذیرش اهداکنندگان
- بازیابی در میزان و چگونگی پرداخت هدیه‌ی ایثار
- پرداخت هدیه‌ی ایثار مبتنی بر جبران خسارت افراد دهنده‌ی عضو و نه به‌عنوان ایجاد انگیزه برای اهدای عضو

#### ۲-۴- جبران خسارت به اهداکنندگان زنده

- به منظور جلوگیری از مشقت مالی که به دنبال اهدای عضو ممکن است پیش آید کلیه‌ی مخارجی که افراد داوطلب در قبال اهدای عضو متحمل می‌شوند باید توسط سیستم پیوند اعضا جبران شود.

این مخارج ممکن است شامل موارد ذیل باشد:

- کلیه‌ی مخارجی که به دنبال بررسی‌های پزشکی و آزمایشگاهی اولیه توسط اهداکننده پرداخت شده باشد؛
- کلیه‌ی مخارج مربوط به سفر، اقامت، تماس‌های تلفنی؛
- خسارت ناشی از عدم کارکردن در مدت بررسی‌های طبی و بعد از اهدای عضو؛

## منابع

1. لاریجانی ب. پیوند اعضا، مباحث علمی، اخلاقی، حقوقی و فقهی. تهران: انتشارات برای فردا؛ ۱۳۸۳، ص ۱۳۷۹.
2. بی‌نام. قانون پیوند اعضای بیماران فوت شده یا بیمارانی که مرگ مغزی آنان مسلم است، مصوب مجلس شورای اسلامی ۱۳۷۹/۱/۱۷.
- <http://rc.majlis.ir/fa/law/show/93297> (accessed in 2012)
3. Bagheri A. Organ transplantation laws in Asia: a comparative study. *Transplant Proc* 2005; 37(10): 4159-62.
4. بشیریه ت. تحلیل قانون پیوند اعضای بیماران مرگ مغزی و آیین‌نامه‌ی اجرایی آن. مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی ۱۳۹۱؛ دوره پنجم (شماره ۶): ۸۹-۹۶.
5. Van Gelder F, Manyalich M, Nanni Coste A, Paez G. 2009 International donation and transplantation activity IRODaT preliminary Data. *Organ, Tissues Cell* 2010; (13): 5-8.
6. مرعشی م. بنیاد بیماری‌های خاص و پیوند اعضا. مجله‌ی خاص ۱۳۸۳؛ (شماره‌ی ۱۸): ص ۵۴-۵۹.
7. Veatch RM. *Transplantation Ethics*. Washington DC: Georgetown University Press; 2000, p.158- 9.
8. Anonymous. Additional protocol to the convention on human rights and biomedicine concerning transplantation of organs and tissues of human origin. <http://conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/Html/186.htm> (accessed in 2009).
9. Anonymous. The WHO guiding principles on human cell, tissue and organ transplantation, <http://www.who.int/transplantation/TxGP08-en.pdf> (accessed in 2012).
10. Anonymous. Steering Committee of Istanbul Summit. Organ trafficking and transplant tourism and commercialism: the Declaration of Istanbul. *Lancet* 2008; 372(9632): 5-6.
11. Bagheri A. Criticism of brain death policy in Japan. *Kennedy Inst Ethics J* 2003; 13(4):

لیکن از آنجایی که در روند فعلی پیوند اعضا از دهندگان زنده‌ی غیرفامیل، دهنده و گیرنده‌ی عضو یکدیگر را خواهند شناخت، بنابراین، در یک چنین سیستمی امکان ایجاد ارتباط مالی بین دهنده و گیرنده وجود داشته و این امر موجب بروز شبه خرید و فروش اعضای پیوندی در ایران شده است. برای رفع این مشکل ضروری است سیستم به‌گونه‌ای مورد بازنگری قرار گیرد تا براساس آن افراد دهنده‌ی عضو بتوانند عضو پیوندی را بدون این‌که از فرد گیرنده‌ی آن عضو مطلع شوند اهدا کنند. هم‌چنین، ضروری است تا مشخصات دهنده‌ی عضو نیز برای گیرنده‌ی آن مجهول بماند. در یک چنین مدلی است که می‌توان مطمئن بود که هیچ‌گونه ارتباط مالی بین گیرنده و دهنده‌ی عضو وجود ندارد. نظر به اهمیت نحوه‌ی جبران خسارت اهداکنندگان عضو ضروری است تا پرداخت هدیه اینار مورد بازنگری مجدد قرار گیرد.

به‌جای اتکای بیشتر بر تأمین اعضا پیوندی از دهندگان زنده‌ی غیرفامیل که از نظر اخلاقی بدون اشکال هم نیست، بهتر است سیستم پیوند اعضا تلاش بیشتری به منظور تأمین اعضای پیوندی از سایر منابع نظیر مرگ مغزی و جسد و هم‌چنین اهداکننده‌ی زنده‌ی فامیل معطوف کند. در این زمینه ضروری است تا اولویت بیشتری بر روی تحقیقات در زمینه‌ی بهبود سیستم‌های حفظ، نگهداری و انتقال اعضای پیوندی صورت گیرد. بدون شک، آموزش عمومی و ترغیب افراد جامعه برای اهدا نوع‌دوستانه هم‌چنان نقش بسیار مهمی در تأمین اعضا مورد نیاز برای پیوند خواهد داشت.

15. Ghods AJ, Savaj S, Khosravani P. Adverse effect of a controlled living unrelated donor renal transplant program on living related and cadaveric kidney donation. *Transplant Proc* 2000; 32(3): 541.
16. Larijani B, Zahedi F, Ghafouri-Fard S. Rewarded gift for living renal donors. *Transplant Proc* 2004; 36(9): 2539-42.
17. Miranda B, Vilardell J, Grinyó JM. Optimizing cadaveric organ procurement: the catalan and Spanish experience. *Am J Transplant* 2003; 3(10): 1189-96.
18. Ghods AJ, Mahdavi M. Organ transplantation in Iran. *Saudi J Kidney Dis Transpl* 2007; 18(4): 648-55.
12. Ghods AJ. Renal transplantation in Iran. *Nephrol Dial Transplant* 2002; 17: 222-28.
13. Zahedi F, Fazel I, Larijan B. An overview of organ transplantation in Iran over three decades: with special focus on renal transplantation. *Iran J Public Health* 2009; 38(1 Supp): 138-49.
14. Bagheri A. Compensated kidney donation: an ethical review of the Iranian model. *Kennedy Inst Ethics J* 2006; 16(3): 269-82.

## Necessity of revising the living unrelated organ donation program in Iran

Alireza Bagheri Chimeh \*<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Assistant Professor, Medical Ethics and History of Medicine Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

### Abstract

The Iranian model of compensated living unrelated (LUR) kidney donation has achieved some unique success, but there is an urgent need for a structural revision in the program. In spite of these achievements, the program lacks secure measures to prevent the risk of a direct monetary relationship between donors and recipients, and it must be revised in order to be morally justifiable. By presenting the current organ procurement program from living unrelated kidney donation, this paper calls for the revision of the current procurement system. The paper suggests a “non-directed living donation” policy for organ donation from LUR donors based on anonymous donation. Under such a policy, individuals can donate their organs to unknown recipients altruistically and receive compensation.

**Keywords:** organ donation, Iran, transplantation, donor compensation

---

\*Email: [bagheria@yahoo.com](mailto:bagheria@yahoo.com)