

Original Article

Study of obstacles and musts of obtaining informed consent in organ donation

Mina Montazeri¹, Mohsen Adib-Hajbaghery^{2*}

1. MSc Student of Medical Surgical Nursing, Department of Medical Surgical Nursing, Nursing and Midwifery Faculty, Kashan University of medical sciences, Kashan, Iran.

2. Professor, Trauma Nursing Research Center, Nursing and Midwifery Faculty, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran. (Corresponding Author) Email: adib1344@yahoo.com

Received: 2 May 2017 Accepted: 18 Sep 2017

Abstract

Background and Aim: Informed consent is of important moral rules of medicine that paying attention to it before starting every diagnostic or therapeutic procedure facilitates therapy and care process. This study aimed to investigate obstacles and musts of informed consent in organ donation.

Materials and Methods: In this review, systematic search for English articles, having complete and available context, was done by keywords "organ donation" and "informed consent" in PubMed, Science direct and Google scholar databases. Finally, among 126 articles, 16 related articles were studied and analyzed.

Ethical Considerations: Integrity and honesty in reporting, documenting and citing of resources were observed.

Findings: Musts of obtaining informed consent were categorized into two groups related to donor and related to consentor and medical personnel. Most of studies knew informing of donation risks, assurance of competence and decisiveness of organ donor of related cases to donor. Complete medical evaluation, giving information and creating enough understanding are of the related cases to consentor. Obstacles place in three groups related to donors, their family and center. Of the most important obstacles of informed consent obtaining are insufficient professional training of consenters, lack of grasping donors about serious complications because of abundance of disclosed information during evaluation in live donors and lack of correct understanding of brain death and pressure for organ donation in donor families who are death brain.

Conclusion: Patients are willing to receive important information, especially in graft risks fields and depriving of this information is a basic obstacle for informed consent. Results show the necessity of reviewing informed consent process in order to transfer the information related to organ donation effectively and evaluate donor's understanding.

Keywords: Ethics; Organ Donation; Informed Consent

Please cite this article as: Montazeri M, Adib-Hajbaghery M. Study of obstacles and musts of obtaining informed consent in organ donation. *Med Ethics J* 2017; 11(41): 77-90.

مطالعه بایدهای اخلاقی و موانع اخذ رضایت آگاهانه در اهدای عضو

مینا منتظری^۱، محسن ادیب حاج باقری^{۲*}

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری داخلی جراحی، گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران.

۲. استاد، مرکز تحقیقات پرستاری تروما، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران. (نویسنده مسؤول)

Email: adib1344@yahoo.com

دریافت: ۱۳۹۶/۲/۱۲ پذیرش: ۱۳۹۶/۶/۲۷

چکیده

زمینه و هدف: رضایت آگاهانه از قواعد مهم اخلاق پزشکی است که توجه به آن قبل از آغاز هر اقدام تشخیصی و یا درمانی، فرایند درمان و مراقبت را تسهیل خواهد کرد. این مطالعه، با هدف بررسی بایدهای اخلاقی و موانع اخذ رضایت آگاهانه در اهدای عضو انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه مروری، جستجوی نظام‌مند برای مقالات انگلیسی زبان، دارای متن کامل و قابل دسترس، در بازه زمانی سال‌های ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۶ با واژگان کلیدی «Organ Donation» و «Informed Consent» در پایگاه‌های PubMed، Science Direct و Google Scholar صورت گرفت. از میان ۱۲۶ مقاله یافت شده، ۱۶ مقاله مرتبط، مطالعه و تحلیل گردید.

ملاحظات اخلاقی: صداقت و امانت‌داری در گزارش متون، استناددهی به منابع، پرهیز از هر گونه سوگیری رعایت گردید.

یافته‌ها: بایدهای اخذ رضایت آگاهانه به دو دسته مربوط به اهداکننده و مربوط به رضایت‌گیرنده و کادر درمان دسته‌بندی شد. اکثر مطالعات، آگاهی از خطرات اهدا، اطمینان از صلاحیت و قاطعیت دهنده عضو را از موارد مرتبط با اهداکننده می‌دانستند. ارزیابی کامل پزشکی، دادن اطلاعات و ایجاد درک کافی از موارد مرتبط با رضایت‌گیرنده می‌باشند. موانع در سه دسته مربوط به اهداکنندگان، خانواده‌های آن‌ها و رضایت‌گیرنده قرار گرفت. از مهم‌ترین موانع اخذ رضایت آگاهانه آموزش‌های حرفه‌ای ناکافی در اهداکنندگان زنده و عدم درک صحیح از مرگ مغزی و فشار برای اهدای عضو در خانواده‌های اهداکنندگان دچار مرگ مغزی می‌باشند.

نتیجه‌گیری: بیماران مایل به دریافت اطلاعات مهم، به ویژه در زمینه خطرات پیوند بوده و محرومیت از چنین اطلاعاتی، مانعی اساسی برای رضایت آگاهانه است. یافته‌ها نشان‌دهنده ضرورت بازنگری روند رضایت آگاهانه به منظور انتقال اطلاعات مربوط به اهدای عضو، به طور مؤثر و ارزیابی درک اهداکننده است.

واژگان کلیدی: بایدهای اخلاقی؛ اهدای عضو؛ رضایت آگاهانه

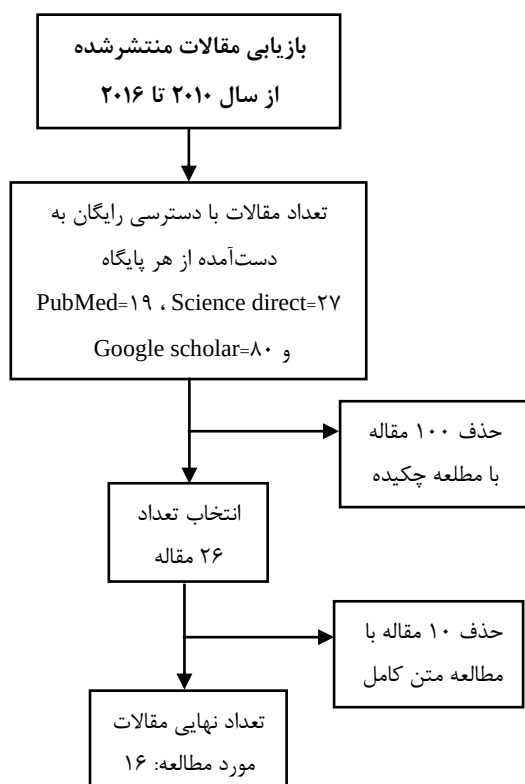
مقدمه

رضایت آگاهانه یکی از مؤلفه‌های اصلی رعایت احترام به خودآیینی و حقوق بیمار است (۱) و عبارت است از موافقت آزادانه و ابطال‌پذیر فرد واجد صلاحیت (بیمار) مبنی بر مشارکت در تصمیم‌گیری‌های مراقبتی - درمانی (یا تحقیقاتی) به دنبال آگاهی از ماهیت، هدف و پیامدهای آن، برای انتخاب مؤثرترین و مفیدترین روش درمانی (۲). قاعده رضایت آگاهانه، با نگرانی اخلاقی در زمینه‌های مختلف پزشکی، مانند استقلال، انتخاب آزادانه و داوطلبانه همراه است (۳). رضایت آگاهانه شامل داشتن صلاحیت تصمیم‌گیری، برقراری ارتباط مناسب با بیمار و در اختیار گذاشتن اطلاعات، درک آن‌ها، داوطلبانه‌بودن، امضای فرم رضایت‌نامه (یا اعلام رضایت شفاهی) است. رضایت و آگاهی دو عنصر مهم در اخذ رضایت آگاهانه هستند (۴-۵). آگاهانه‌بودن رضایت و سهیم‌کردن بیماران در تصمیم‌گیری‌های مربوط به خود، بر روند بهبود آن‌ها تأثیر می‌گذارد (۶-۷). طبق بررسی Lanton، هدف از اخذ رضایت کاهش مسؤولیت پزشک نیست، بلکه کمک به بیمار در اخذ بهترین تصمیم است (۸).

تهیه عضو جهت پیوند، بسیاری از مسائل اخلاقی را به چالش می‌کشد. اهدای عضو به عنوان یک تعهد «اخلاقی»، «بدیهی»، «بالفعل» و «متداول» تعریف شده است (۹). اهدای عضو چه از فرد زنده و چه از فرد مرده، با چالش‌های اخلاقی همراه است. اهداکننده زنده با دو رکن از ارکان اخلاق پزشکی (آسیب‌نرساندن و احترام به استقلال اهداکننده) درگیر است (۱۰). در حقیقت، اهدای عضو، صرف نظر از میزان موفقیت و بهبودی، زندگی بدون یک عضو یا ارگان، باعث آسیب (برش بدن و حذف کردن یک عضو یا ارگان سالم)، اهداکننده را در معرض خطر عوارض دیگر مداخلات جراحی نیز قرار می‌دهد (۱۱). از سوی دیگر، با مرگ انسان بسیاری از حقوق وی قطع می‌شود و او فاقد هر گونه اختیار و توانایی و تسلط نسبت به خویش می‌گردد. همچنین از جهت شرعی و عرفی نیز رعایت احترام میت و حفظ حرمت او واجب است (۱۲). بنابراین رضایت آگاهانه در اهدای عضو از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

به اعتقاد شورای اخلاق زیستی Nuffield، رضایت کاملاً آگاهانه، یک ایده‌آل دست نیافتنی است (۱۳). رفع مشکلات مربوط به اخذ رضایت، مستلزم شناخت عوامل مرتبط با آن است. عواملی مانند ناتوانی در درک اطلاعات، درخواست خانواده‌های اهداکنندگان، محدودیت زمانی و استفاده از افراد کم‌تجربه برای اخذ رضایت، بر روند این امر مؤثر هستند (۱۵-۱۴). اگرچه ثبت نام برای اهدای عضو پیش از مرگ به انتخاب خود فرد صورت می‌گیرد، ولی در نهایت اجازه اهدا پس از مرگ بر عهده خانواده است. بنابراین اقدامات حمایت‌طلبی باید ارتباطات خانوادگی، مانند «کامیابی در به اشتراک گذاشتن زندگی خود» را مورد هدف قرار دهند. این موضوع حتی از ثبت نام برای اهدا عضو مهم‌تر است. همچنین مشارکت دادن خانواده در مباحث قبل و حین ثبت نام، به طور جدی می‌تواند پیش‌بینی‌کننده رضایت برای اهدا از سوی اعضای خانواده باشد (۱۶). شیوه‌های مختلفی مانند داشتن کارت اهدای عضو (۱۷)، وصیت متوفی (۱۸) و درج در کارت گواهی‌نامه، جهت اعلام رضایت به اهدا عضو وجود دارد (۱۹). آمارها نشان می‌دهند که اگرچه عدم تناسب بین تعداد اعضای در دسترس جهت پیوند، با تعداد بیماران در انتظار پیوند، رو به فزونی است (۲۰)، رضایت به اهدای عضو، طی دو دهه گذشته در جهان همچنان ثابت و ناکافی باقی مانده است (۲۱). در زمینه رضایت به اهدا بعد از فوت، مطالعات نشان داده‌اند که مهم‌ترین عامل محدودکننده رضایت به اهدای عضو، عدم رضایت خانواده است (۲۲-۲۳). در اکثر کشورها فرآیند اهدای عضو به تصمیم خانواده متوفی بستگی دارد و این تصمیم تحت تأثیر عوامل متعددی قرار می‌گیرد (۲۴). در انگلستان دو رویکرد در روند رضایت به اهدا عضو وجود دارد. در رویکرد اول یا نظام opt-in به انتخاب فرد احترام گذاشته می‌شود. این رویکرد اجازه انتخاب آزادانه را فراهم کرده و اهدا با رضایت آگاهانه را تضمین می‌کند. این رویکرد مترادف با «روابط هدیه» در جامعه مسیحی بوده و مزیت آن این است که تصمیم دهنده عضو آگاهانه بوده است. ضعف رویکرد opt-in، کمبود ارگان‌های کافی و در زمان مورد نیاز است، اما در رویکرد opt-

شده باشند، متن کامل مقاله به زبان انگلیسی بوده و به صورت رایگان قابل دسترسی باشد. در جستجو و انتخاب مقالات، محدودیتی از نظر نوع و کیفیت مطالعه اعمال نشد. در طی جستجو ۱۲۶ مقاله یافت شد. صد مقاله با مطالعه عنوان و چکیده آن‌ها و یا به دلیل تکراری بودن و ۱۰ مقاله نیز پس از مطالعه متن کامل آن‌ها حذف گردید. در مجموع ۱۶ مقاله مرتبط با موضوع (۹ مقاله از Science direct، ۲ مقاله از PubMed و ۵ مقاله از Google Scholar) مورد بررسی و تحلیل قرار گرفت (تصویر ۱). ابتدا هر مقاله خلاصه‌نویسی شد و مقالاتی که حیطة بحث آن‌ها یکسان بود، دسته‌بندی شدند.



تصویر ۱: جریان فرایند جستجو و گزینش مقالات مورد مطالعه

ملاحظات اخلاقی

صداقت و امانت‌داری در گزارش متون و استناددهی به منبع، عدم تحریف و دستکاری و گزارش یافته‌ها بر اساس محتوای علمی، بدون هر گونه سوگیری رعایت گردید.

out، فرض بر آن است که فرد دهنده رضایت دارد، مگر این‌که وی قبلاً اعلام به امتناع از اهدا عضو کرده باشد (۲۵). میزان اهدای عضو در ایران ۱/۷ در هر میلیون نفر است که بسیار کمتر از آمار کشورهای اروپایی و آمریکایی است (۲۶). همچنین در مطالعه Barber و همکاران، در طی دو سال، ۴۱٪ خانواده‌ها از رضایت به اهدای عضو، امتناع کردند (۲۷). Siminoff و همکاران در مطالعه خود در آمریکا به این نتیجه رسیدند که تمایل و تصمیم بیمار به اهدای عضو از جمله علل مهم موافقت خانواده با این تصمیم بوده است (۲۸). در زمینه رضایت در اهداکننده زنده نیز، برخی از مطالعات نشان داده‌اند که بیماران مایل به دریافت اطلاعات بیشتری هستند (۲۹-۳۰). با توجه به افزایش نیاز به عضو جهت پیوند، امتناع خانواده‌های متوفی از رضایت به اهدای عضو و نیز به دلیل این که کمبود آگاهی اهداکنندگان زنده، خانواده‌ها و اعضای تیم سلامت از چالش‌ها و موانع اخذ رضایت آگاهانه، سبب کاهش نرخ اهدای عضو در کشور شده است، این مطالعه مروری با هدف بررسی بایدها و موانع اخذ رضایت آگاهانه در اهدای عضو انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه به صورت مروری انجام شد. جستجوی نظام‌مند برای مقالات انگلیسی زبان، دارای متن کامل و قابل دسترس به صورت رایگان، در بازه زمانی سال‌های ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۶ با واژگان کلیدی «Organ»، «Informed Consent» و «Donation» در پایگاه‌های Pubmed، Science Direct و Google Scholar با توجه به هدف مطالعه صورت گرفت. همچنین منابع انتهایی مقالات مورد بررسی قرار گرفت تا در صورتی که مقالاتی واجد معیارهای ورود بوده، ولی در جستجوی اولیه به دست نیامده‌اند، به مطالعه اضافه شوند. جستجو به صورت فردی توسط نویسنده اول انجام شد، سپس توسط نویسنده دوم بررسی و مورد تأیید قرار گرفت. معیارهای ورود مقالات به مطالعه عبارت بودند از: مقالاتی که گروه هدف آن‌ها اهداکنندگان عضو بوده و در آن به مبحث رضایت آگاهانه اشاره شده باشد، در بازه زمانی سال‌های ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۶ منتشر

یافته‌ها

۱- انواع مطالعات

از نظر نوع مطالعات، ۴ مطالعه به صورت توصیفی (۱۷)، ۳۱-۳۳، یک مطالعه به صورت گذشته‌نگر (۳۴)، ۷ مطالعه به صورت کیفی (۲۵، ۳۵-۴۰) و ۴ مطالعه به صورت مروری (۱۶، ۴۱-۴۳) انجام شده بودند. از بین مقالات مرور شده، ۳ مطالعه در انگلستان (۱۶، ۲۵، ۴۰)، ۳ مطالعه در شیکاگو (۳۵)، ۳۶، ۴۱، یک مطالعه در هر یک از کشورهای هلند (۳۹)، لهستان (۱۷) و ایتالیا (۳۷)، استرالیا (۳۲)، برزیل (۳۴)، مالزی (۳۳)، عربستان سعودی (۳۱)، کانادا (۴۲) و ایالات متحده آمریکا (۴۳) انجام شده بود.

از بین مقالات مرور شده، ۳ مقاله در زمینه اهداکنندگان زنده کبد (۳۵-۳۷)، یک مقاله در زمینه اهدای کلیه (۳۸)، ۳ مقاله بر روی اصول و موانع اخذ رضایت آگاهانه در اهداکنندگان فوت شده (۱۶، ۲۵، ۴۲) و ۴ مقاله بر روی اصول و موانع اخذ رضایت آگاهانه در اهداکنندگان زنده (۱۷، ۳۱، ۳۳، ۴۱)، بدون توجه خاص به یک عضو صورت گرفته بود. یک مقاله نیز به اصول اهدای عضو در اهداکنندگان زنده و فوت شده (۳۹) پرداخته بود.

از نظر روش دستیابی به داده‌های پژوهش، ۳ مقاله از طریق پرسشنامه محقق ساخته (۱۷، ۳۱-۳۲)، یک مقاله با استفاده از پرسشنامه SF-36 جهت بررسی کیفیت زندگی بعد اهدا عضو (۳۳)، ۳ مقاله با استفاده از مصاحبه با اهداکننده و خانواده‌های آن‌ها (۲۵، ۳۵-۳۶) و ۲ مقاله با استفاده از پایگاه داده‌های اهدای عضو در اروپا (۳۴، ۳۷) انجام شده و بقیه مقالات به صورت مروری بر مطالعات در زمینه رضایت به اهدای عضو و مسائل مربوط به آن (۱۶، ۴۱-۴۳) و ۳ مقاله کیفی نیز، به توضیح اصول رضایت (۳۸-۴۰) پرداخته بودند (جدول ۱).

۲- موضوعات مورد بررسی

برخی از مقالات به نگرش خانواده اهداکنندگان عضو (۳۲) و نحوه مصاحبه با آن‌ها (۳۴) جهت اخذ رضایت آگاهانه، بعضی مطالعات به بیان اصول اخذ رضایت آگاهانه و اصول اخلاقی در اهدای عضو (۴۰-۳۹)، یک مطالعه به بررسی اصول

اخذ رضایت آگاهانه از اهداکننده زنده در کشورهای مختلف (۳۷)، یک مطالعه به بررسی اولویت‌های اطلاعاتی اهداکنندگان و درک آن‌ها از رضایت آگاهانه (۳۵)، یک مطالعه به بررسی نقش کارت‌های اهدای عضو (۱۷) و یک مطالعه به مقایسه نقش اهداکنندگان با افراد شرکت کننده در پژوهش‌های بالینی (۳۸) پرداخته بودند.

۳- بایدهای اخذ رضایت آگاهانه

۳-۱- موارد مرتبط با اهداکننده: اهداکننده نباید به عنوان یک کالا در نظر گرفته شود (۳۹). مشوق‌های مالی نباید داده شود و ارگان نباید خریداری و به فروش برسد (۳۱، ۴۰-۳۹). مسائل اخلاقی رضایت برای اهدای اعضای بدن فرد فوت شده به تعیین وقوع مرگ و اصول تخصیص ارگان مربوط می‌شود (۳۹). اهداکنندگان زنده باید سالم باشند و پس از آگاهی کامل از خطرات و عوارض اهدا، رضایت بدهند (۱۶، ۳۸، ۳۹، ۴۱). یک جزء مهم در اخذ مجوز اهدای عضو، اطمینان یافتن از قاطعیت کامل دهنده عضو در تصمیم خود برای اهدای است (۴۰-۴۱). فرد اهداکننده باید دارای صلاحیت و ظرفیت ذهنی باشد (۱۶، ۴۱). اهداکننده حق امتناع از اهدا و تعیین میزان خطری که مایل به پذیرش آن است و این که پس از اهدا قادر به ادامه یک زندگی طبیعی باشد را دارد (۴۱).

۳-۲- موارد مرتبط با رضایت گیرنده و کادر درمان:

پیوند حرفه‌ای مسؤولیت دو برابر دارد، چراکه حرفه‌مندان باید حقوق اهداکننده عضو را به اندازه دهنده عضو، در نظر داشته باشند (۳۹). حفاظت از سلامت و زندگی اهداکننده (۳۷). به رسمیت شناختن مرگ و تخصیص عضو از اهداکنندگان متوفی باید بدون اشتباه باشد و طبق معیارهای پزشکی دنبال شود (۳۹). تصمیم به انجام اهدا از دهنده فوت شده، همیشه با درخواست خانواده انجام می‌شود، اما درخواست رضایت برای اهدا نباید پیش از تعیین مرگ باشد (۳۹). بر اساس انجمن آمستردام، یک اهداکننده کلیه، باید ارزیابی کامل پزشکی و روانی شود و از ماهیت، نتایج و خطرات عمل جراحی به طور کامل مطلع شود (۳۷، ۳۹، ۴۱). رضایت به اهدای عضو باید کاملاً آگاهانه، بدون اجبار و داوطلبانه (۲۵، ۳۵، ۳۷-۴۳) و بر

عمل برای هر دو فرد دهنده و گیرنده عضو ضروری است. همچنین کمیسیونی جهت بررسی کفایت اهداکننده زنده وجود ندارد. اهداکننده زنده باید از نظر ژنتیکی، قانونی و عاطفی به گیرنده عضو مرتبط باشد.

مطالعه‌ای در عربستان درباره بررسی درک هنجارهای رضایت به اهدای عضو پس از مرگ، در بین افراد بزرگسال مراجعه‌کننده در درمانگاه سرپایی نشان داد که: اکثر پاسخ دهندگان طرفدار اهدای عضو پس از مرگ بودند. سیستم انتخاب اختیاری نسبت به رضایت فرض شده، ترجیح داده می‌شد. هیچ ارتباطی بین سیستم رضایت با سن، وضعیت سلامت درک‌شده و سطح تحصیلات وجود نداشت و انگیزه‌های مالی توسط زنان به عنوان انگیزه‌ای غیر اخلاقی‌تر، تلقی شده بود. انگیزه‌های مالی (در زنان) و پزشکی (در مردان)، امکان انتخاب آزادانه و رضایت آگاهانه را کاهش می‌دهد. مشوق‌های مالی و پزشکی اثر منفی بر رضایت داشته و انگیزه نوع دوستی و اعتقاد به تقدس بدن در شرکت‌کنندگان بالا بود (۳۱).

از بین کشورها، ایتالیا و اسپانیا بالاترین نرخ رضایت را داشتند. تنها در ایران یک نظام متمرکز قانونی برای پرداخت به اهداکنندگان زنده وجود دارد. کمیته اخلاق جامعه آمریکا متشکل از جراحان پیوند، به این نتیجه رسیدند که پرداخت نقدی مستقیم به خانواده، نقض استاندارد آرمانی و نوع دوستی است. با این حال، پرداخت هزینه مراسم تشییع جنازه و یا دادن این هزینه به یک مؤسسه خیریه، انتخابی قابل قبول و سازگار با مفهوم اهدای عضو به عنوان یک هدیه است (۱۶).

۵- فرایند چهار مرحله‌ای اخذ رضایت آگاهانه (۳۶، ۳۷)
مرحله اول شامل آموزش گروهی اهداکنندگان زنده و آزمایش خون برای تست سازگاری ABO است.

حدود یک هفته بعد، مرحله ۲ یا ۳ (هم‌زمان در یک روز) شامل ارزیابی روانی - اجتماعی توسط مددکار اجتماعی و مدافع اهداکننده و ارزیابی فیزیکی توسط پزشک بی‌طرف صورت می‌گیرد. نکته مهم، دیدار حمایت‌کننده با دهنده زنده به طور مستقل بوده و افشای عوامل اصلی رضایت آگاهانه صورت می‌گیرد. یک تیم چندرشته‌ای به بررسی اطلاعات مربوط به اهداکننده زنده، از جمله MRI، اسکن و تصمیم به

اساس باورها و ارزش‌های فرد باشد (۱۶، ۳۶، ۴۰). دادن اطلاعات کافی با استفاده از روش‌های مختلف (مانند ویدئو، ارتباط چهره به چهره و...) می‌تواند به تقویت درک و حفظ اطلاعات کمک کند (۳۶، ۳۷، ۴۱). در اهداکننده دچار مرگ مغزی، نقش پزشک دهنده عضو به خوبی تعریف شود تا تضاد منافع کاهش یابد. پزشک نباید هیچ نقشی در ارزیابی مناسب بودن برای اهدای یا تخصیص ارگان داشته باشد (نقش آن‌ها تعیین این‌که آیا اهدای عضو به نفع بیمار به عنوان بخشی از مراقبت پایان زندگیش است یا نیست؟) (۴۰). در اهداکننده دچار مرگ مغزی، به منظور کاهش تضاد منافع، توصیه شده است که دو پزشک (یکی از آن‌ها باید مشاور باشد) به طور مستقل، بیماری که امکان اهدای عضو دارد را از نظر تأیید مرگ مغزی و این‌که ادامه درمان، منافع بیشتری برای بیمار ندارد، بررسی کنند (۴۰).

۴- بایدهای رضایت آگاهانه در کشورهای مختلف

۴-۱- موارد مشترک اخذ رضایت آگاهانه در کشورهای مختلف (ایتالیا، فرانسه، اسپانیا، آلمان، هلند، انگلستان)
به شرح زیر است (۳۷): ۱- فرد دهنده دارای شایستگی و صلاحیت باشد؛ ۲- اهداکننده از خطرات مربوط به اهدا عضو آگاه باشد؛ ۳- دادن رضایت باید آزادانه و بدون اجبار باشد؛ ۴- ارزیابی بالینی افراد دهنده و گیرنده، باید قبل از اهدا عضو صورت گیرد؛ ۵- صحت رضایت داده‌شده جهت اهدای عضو، باید توسط قاضی، کمیته اخلاق، مقام دولتی و سازمان بافت انسانی و کمیسیون دولتی تأیید گردد؛ ۶- رضایت باید صریح و روشن باشد؛ ۷- قبل از اخذ رضایت، باید اطلاعات کامل در اختیار دهنده و گیرنده عضو قرار گیرد؛ ۸- اطلاعات مربوط به روند اهدای عضو باید به صورت کتبی و توسط فردی غیر از پزشک معالج به دهنده عضو داده شود.

۴-۲- موارد خاص هر کشور (۳۷): ۱- در آلمان اهداکننده حق امتناع از رضایت در هر زمان قبل از اهدا را دارد. همچنین فرد واجد شرایط جهت دریافت عضو باید در یکی از دو لیست، دریافت عضو از دهنده زنده یا دهنده فوت‌شده ثبت نام کرده و فقط قادر به دریافت عضو از همان لیست ثبت نام‌شده، است؛ ۲- در هلند برنامه پیگیری بعد از

این که آیا اهداکننده برای اهدا مناسب است، می‌پردازند. پس از این که اهداکننده از این تصمیم مطلع شد، یک دوره «خنک کردن (Cooling Off)» برای ده روز، که در طی آن زمان، اهداکننده زنده تأمل می‌کند که آیا مایل به ادامه اهدای عضو است یا نه؟، در نظر گرفته می‌شود.

مرحله ۴، که چند روز قبل از عمل اهداکننده زنده برنامه‌ریزی می‌شود، شامل بحث بین اهداکننده و پرستار عمل پیوند، جهت بررسی دستورالعمل قبل از عمل، خطرات اهدا و جزئیات عمل جراحی گیرنده است. افشای خطرات، منافع، روش‌ها و جایگزین‌های اهدا در طول این روند اتفاق می‌افتد. در طول فرایند ارزیابی، جراح با اهداکننده زنده در مجموع سه بار تماس برقرار می‌کند: ۱- تلفنی؛ ۲- در طول ارزیابی پزشکی/ جراح اهداکننده (مراحل ۲-۳)؛ ۳- دو روز قبل از عمل جراحی برای برنامه‌ریزی، برای بررسی خطرات جراحی (مرحله ۴).

۶- مقایسه نقش اهداکنندگان و شرکت‌کنندگان در پژوهش‌های بالینی

تنها زمانی اهداکنندگان با افراد شرکت‌کننده در پژوهش‌های بالینی قابل مقایسه هستند که مرحله اول از آزمایش بالینی، که داوطلب سالم بوده و انتظار هیچ فایده فیزیکی وجود ندارد، در نظر گرفته شود. در مراحل بعدی آزمایش بالینی، بیمارانی که در آن‌ها نفع فیزیکی مستقیم وجود دارد، مورد آزمایش بوده و پژوهش اعمال می‌شود، در حالی که در اهداکننده زنده نفع فیزیکی مستقیم وجود ندارد، اما آن‌ها لزوماً تحت آسیب جسمی هستند. علاوه بر این، استقلال اهداکننده زنده عضو و رضایت اخذشده، بسیار مبهم‌تر از استقلال شرکت‌کنندگان و رضایت آن‌ها در تحقیقات است. همچنین دانش یا سود به دست آمده از تحقیقات بالینی به اشخاص ثالث غیر مرتبط با داوطلب نیز مربوط می‌شود (۳۸).

۷- موانع اخذ رضایت آگاهانه

از بین مقالات مرور شده، ۷ مقاله (۱۶، ۳۲، ۳۵-۳۴، ۴۶-۴۴) موانع اخذ رضایت آگاهانه در اهداکنندگان زنده از دو منظر فرد رضایت‌گیرنده و رضایت‌دهنده و موانع اخذ رضایت آگاهانه در اهداکنندگان بعد از فوت از دو منظر فرد رضایت‌گیرنده و خانواده‌های اهداکنندگان بررسی را کردند:

۷-۱- خانواده‌های اهداکنندگان: عدم وجود نگرش مثبت در افراد و اعضای خانواده: نگرش مثبت نقش مؤثری در تمایل افراد و اعضای خانواده، در رضایت به اهدا عضو، ایفا می‌کند (۱۶، ۳۲). عواملی مانند ناتوانی در پذیرش مرگ از جانب وابستگان، عدم درک صحیح از مرگ مغزی و مایل نبودن بستگان به جراحی یا نگرانی در مورد بدشکلی آن، مانع از تحصیل رضایت آگاهانه می‌شود (۱۶). فشار و اجبار برای اهدای، ممکن است انتخاب آزادانه را غیر ممکن سازد. آیا واقعاً والدین هنگامی که احتمال مرگ فرزندشان است، به اهدای عضو خود به فرزندشان «نه» می‌گویند (۴۶)؟ به عبارت دیگر، یک دهنده عضو ممکن است احساس به دام افتادن و مجبور شدن به خاطر ترس از خراب شدن روابط با اعضای خانواده و یا با دیگر اهداکنندگان که تمایل شدید به پیوند دارند، پیدا کند. خوشبختانه جراحان پیوند از این امر آگاه بوده و اغلب آن را برای اهداکنندگان قابل قبول می‌دانند و از طریق بهانه‌های پزشکی برای امتناع از اهدا عضو (۴۴-۴۵) و با کمک تیم مدافع اهداکنندگان مستقل (۴۴)، سبب کاهش فشار و حفظ روابط با خانواده و دیگران می‌شوند (۴۵).

۷-۲- رضایت گیرنده: عدم آموزش‌های حرفه‌ای کافی: آموزش‌های حرفه‌ای برای کسب رضایت خانواده برای اهدای عضو لازم است. اهدای عضو موفق، به مصاحبه کافی با خانواده اهداکنندگان و اتخاذ قانونی رضایت آگاهانه بستگی دارد. مصاحبه انجام شده با خانواده‌ها بر اساس مدل اسپانیایی و آمریکایی سبب افزایش مراجعات (از ۲۸۵ به ۴۱۱ مورد) و افزایش نرخ رضایت (۴۸/۱ درصد به ۵۵/۷ درصد) شد و مصاحبه توسط متخصصان ICU آموزش‌نندیده با خانواده‌ها سبب نرخ پایین رضایت جهت اهدای عضو گردید (۱۶، ۳۴).

۷-۳- رضایت‌دهنده: عدم تفهیم اهداکنندگان درباره عوارض جدی، به علت زیادبودن حجم اطلاعات افشاشده در طول ارزیابی اهداکنندگان، سبب تضعیف توانایی آن‌ها جهت رضایت آگاهانه می‌شود (۳۵). در ۲ مطالعه، اهداکنندگان تمایل داشتند در زمینه عوارض شدید اطلاعات بیشتری دریافت کنند (۳۵-۳۶). نگرانی در مورد یکپارچگی و صحت روند اهدای عضو، مانند تخصیص ناعادلانه ارگان، و فروش

اعضای بدن (۱۶). کم‌اهمیت جلوه‌دادن خطرات، به عنوان یک راهبرد جهت ایجاد انگیزه در اهداکنندگان زنده.

به عنوان مثال، در زمینه اهدای کبد، در مطالعه‌ای، اهداکنندگان زنده، مسؤولیت مدیریت خطر را با اعتماد به بیمارستان و بر عهده پزشکان قرار داده، همچنین معتقد بودند که خطرات یک بخش طبیعی و قابل قبول جراحی و زندگی روزمره است و احتمال تجربه عارضه کم بوده و تأثیر عوارض بر سلامت را در مقایسه با نجات زندگی دوست خود، حداقل دانسته و احتمال مرگ را بعید دانستند (۳۶).

بحث

مرور حاضر با هدف بررسی بایدها و موانع اخذ رضایت آگاهانه در اهدای عضو انجام شد. بایدهای اخذ رضایت آگاهانه به دو دسته تقسیم‌بندی شدند. یک دسته مربوط به اهداکننده و دسته دیگر به رضایت‌گیرنده و کادر درمان مربوط به می‌شود. از این بین، اکثر مطالعات، آگاهی از خطرات و عوارض اهدا (۱۶، ۳۸-۳۹، ۴۱)، اطمینان‌یافتن از قاطعیت دهنده در تصمیم خود بر اهدای عضو (۴۰-۴۱) و نیز صلاحیت و ظرفیت ذهنی دهنده (۱۶، ۴۱) را از موارد مرتبط با اهداکننده می‌دانستند. همچنین مواردی مانند ارزیابی کامل پزشکی از نظر جسمی و روانی، دادن اطلاعات کافی با استفاده از روش‌های مختلف (مانند ویدئو، ارتباط چهره به چهره و...) که می‌تواند به تقویت درک اطلاعات کمک کند (۳۶-۳۷، ۴۱) و ضرورت اخذ رضایت کاملاً آگاهانه، بدون اجبار و داوطلبانه (۲۵، ۳۵، ۳۷-۴۳)، بر اساس باورها و ارزش‌های فرد (۱۶، ۳۶، ۴۰) نیز از موارد مرتبط با رضایت‌گیرنده و کادر درمان می‌باشند. در اکثر کشورها (ایتالیا، فرانسه، اسپانیا، آلمان، هلند، انگلستان) علاوه بر بایدهای فوق، صحت رضایت داده‌شده جهت اهدای عضو، باید توسط قاضی، کمیته اخلاق، مقام دولتی و سازمان بافت انسانی و کمیسیون دولتی تأیید گردد. همچنین اطلاعات مربوط به روند اهدای عضو باید به صورت کتبی و توسط فردی غیر از پزشک معالج به دهنده عضو داده شود. تنها در کشور هلند علاوه بر موارد فوق، برنامه پیگیری بعد از عمل، برای هر دو فرد دهنده و گیرنده عضو

ضروری است، اما کمیسیون جهت بررسی کفایت اهداکننده زنده وجود نداشته و اهداکننده زنده باید از نظر ژنتیکی، قانونی و عاطفی با گیرنده عضو سازگاری داشته باشد (۳۷). در عربستان نیز انگیزه‌های مالی (در زنان) و پزشکی (در مردان)، امکان انتخاب آزادانه و رضایت آگاهانه را کاهش می‌دهد و مشوق‌های مالی و پزشکی اثرات منفی بر رضایت آگاهانه دارند (۳۱). از بین کشورها، ایتالیا و اسپانیا بالاترین نرخ رضایت را دارند. طبق مصوبه کمیته اخلاق جامعه آمریکا، پرداخت نقدی مستقیم به خانواده، نقض استاندارد آرمانی و نوع دوستی است. با این حال، پرداخت هزینه مراسم تشییع جنازه و یا دادن این هزینه به یک مؤسسه خیریه را با مفهوم اهدای عضو به عنوان یک هدیه سازگار دانسته‌اند. تنها در ایران یک نظام متمرکز قانونی برای پرداخت به اهداکنندگان زنده وجود دارد (۱۶).

بر اساس مقالات مرور شده، می‌توان روند اخذ رضایت را به ۴ مرحله (آموزش، ارزیابی روانی اجتماعی، ارزیابی فیزیکی و بررسی دستورالعمل‌های اهدا و خطرات آن و جزئیات عمل جراحی) تقسیم کرد. در فاز آموزش باید تمام اطلاعات در مورد عمل و مزایا و معایب آن را در اختیار هر دو اهداکننده و گیرنده عضو قرار گیرد. ارزیابی روانی - اجتماعی دهنده جهت اطمینان از این‌که فرد ظرفیت تصمیم‌گیری و انتخاب را دارا باشد، صورت می‌گیرد. همچنین از نظر جسمی هم گیرنده و هم اهداکننده باید شرایط لازم را داشته باشند تا هم عضو پیوندی در فرد گیرنده، رد نشود و عوارضی برای وی بر جا نگذارد و هم دهنده دچار عوارض جدی و تهدیدکننده حیات نشود. در نهایت انجام مشاوره بین دهنده و جراح جهت آگاهی از خطرات و روند عمل جراحی و مراقبت‌های پس از آن صورت می‌گیرد (۳۶-۳۷).

با توجه به مقالات مرور شده، موانع تحصیل رضایت آگاهانه در سه دسته قرار گرفت. یک دسته مربوط به خانواده‌های اهداکنندگان و دو دسته دیگر مربوط به رضایت‌گیرنده و رضایت‌دهنده هستند. آموزش‌های حرفه‌ای ناکافی برای رضایت‌گیرنده (۱۶، ۳۴) و عدم تفهیم اهداکنندگان درباره عوارض جدی، به علت زیاده‌بودن حجم اطلاعات افشاشده در طول ارزیابی اهداکنندگان (۳۵) از مهم‌ترین موانع اخذ رضایت

نیست (۱۷). از آنجایی که متقاضیان گیرنده عضو بیش از افراد اهداکننده است، باید با به کارگیری اصول صحیح و حذف موانع موجود متناسب با فرهنگ، مذهب و قوانین هر کشور، تمایل افراد برای شرکت در این امر نوع دوستانه را افزایش داد.

نتیجه‌گیری

یکی از اصول مهم در اخذ رضایت آگاهانه در اهدای عضو، آگاهی از خطرات آن است. با توجه به یافته‌ها، بیماران مایل به دریافت اطلاعات مهم به ویژه در زمینه عوارض شدید هستند. محرومیت از چنین اطلاعاتی را می‌توان به عنوان مانعی اساسی در تحصیل رضایت آگاهانه تلقی کرد. بنابراین روند اخذ رضایت آگاهانه نیاز به بازنگری داشته و انتقال اطلاعات مربوط به اهدای عضو باید به طور مؤثر و همراه با ارزیابی درک اهداکننده باشد. با وضوح و شفافیت قوانین برای کارکنان، افزایش دقت و توجه آنان و همچنین توضیح کافی درباره فرم‌های رضایت‌نامه برای بیماران و رعایت بایدهای مؤثر بر رضایت به اهدای عضو، می‌توان به افزایش نرخ اهدا کمک کرد.

آگاهانه در اهداکنندگان زنده است. بنابراین نباید از کم‌اهمیت جلوه‌دادن خطرات، به عنوان یک راهبرد برای ایجاد انگیزه اهدای عضو استفاده کرد. همچنین عدم وجود نگرش مثبت در اعضای خانواده (۱۶، ۳۲) و ناتوانی در پذیرش مرگ از جانب وابستگان، عدم درک صحیح از مرگ مغزی (۱۶) و فشار و اجبار برای اهدای عضو به خانواده و بستگان نزدیک (۴۶) از موانع مهم اخذ رضایت آگاهانه در اهداکنندگان با مرگ مغزی می‌باشند.

از مقالات مرور شده، ۱۰ مورد مهم استخراج شد که باید در اخذ رضایت آگاهانه برای اهدا عضو مورد توجه قرار گیرند که ۸ مورد از این بایدها در بین کشورهای مختلف مشترک بودند. از این موارد مشترک، شایستگی و صلاحیت فرد دهنده عضو برای رضایت‌دادن، بیشترین فراوانی را دارا بود. در لهستان تنها ۴۱٪ از دانشجویان دارای کارت‌های اهدای عضو بوده و اکثر گروه‌های باقی‌مانده از دلایل نداشتن این کارت‌ها را، وجود تمایل مثبت یا خنثی جهت اهدای عضو (به عنوان مثال، مکالمه قبلی با خانواده، عدم آگاهی در این مورد و چگونگی به دست آوردن آن‌ها) به جای یک نگرش منفی (ترس از «عدم انجام احیای قلبی» و رویکرد تجارت ارگان) بود (۱۷). در بین همه کشورها، ایتالیا و اسپانیا بالاترین نرخ رضایت را دارند.

اهدای عضو بر کیفیت زندگی افراد دهنده مؤثر است؛ نتایج مطالعات نشان داده است که کیفیت زندگی اهداکنندگان مرد و بالای ۵۶ سال نسبت به زنان و سایر سنین، به طور قابل توجهی بهتر است (۳۳). در فرایند اهدای عضو نه تنها برای دهنده، بلکه برای گیرنده عضو هم باید به همان نسبت اطلاعات روند عمل پیوند ارائه و رضایت آگاهانه اخذ شود. این در حالی است که بیشتر مطالعات متوجه اهداکنندگان است. همچنین اهداکنندگان نیز ممکن است مایل باشند که شرایط سلامتی گیرنده را بدانند تا به تصمیم‌گیری آگاهانه بپردازند. بنابراین باید سیاست‌های مناسبی برای افشای اخلاقی اطلاعات سلامت تدوین شود. در فرایند گرفتن رضایت، یکی از موارد مهم، توجه و ارزیابی درک اهداکننده از اطلاعات داده شده است که باید ساده، جامع و متناسب با فهم دهنده عضو باشد و تنها داشتن کارت اهدای عضو، دلیلی بر رضایت آگاهانه

جدول ۱: خلاصه مقالات مرور شده

نویسنده اول / روش نمونه گیری	هدف مطالعه	نوع مطالعه	حجم نمونه	جمعیت مورد مطالعه	یافته های اصلی
(۱۷) Nowak (۲۰۱۴) نامشخص	ارزیابی اثر بخشی ODCs (کارت های اهدا عضو) در ارتباطات اجتماعی و ارتباط آن ها با دانش و نگرش و باورهای پیوند	توصیفی	۸۰۰	دانشجویان پزشکی و غیرپزشکی	نیمی از دانشجویان دارای کارت اهدای عضو بودند. از دلایل اصلی برای نداشتن کارت، تمایل مثبت یا خنثی به اهدای عضو به جای تمایل منفی (ترس از عدم انجام احیا و یا ارگان تجاری) بود.
(۳۱) Hammani (۲۰۱۲) نامشخص	بررسی اولویت های اطلاعات اهداکنندگان و درک آنان از رضایت آگاهانه	توصیفی	۶۹۸	بزرگسالان مراکز سرپایی مراقبت های بهداشتی	اکثر پاسخ دهندگان مدافع اهدای عضو پس از مرگ بودند و رویکرد انتخاب اختیاری را ترجیح می دادند. انگیزه های مالی (در زنان) و پزشکی (در مردان) اولویت برای انتخاب و آزادی رضایت آگاهانه را کاهش می دهد.
(۳۲) Murray (۲۰۱۳) نامشخص	بررسی رابطه بین نگرش و ارتباطات خانوادگی با رضایت به اهدای عضو خود و اعضای خانواده	توصیفی	۲۶۷	دانشجویان دانشگاه استرالیا و افراد جامعه	نگرش مثبت، به تمایل بیشتر جهت دادن رضایت توسط افراد و اعضای خانواده برای اهدا عضو کمک می کند.
(۳۳) Tumin (۲۰۱۴) نامشخص	به دست آوردن اطلاعات کیفیت زندگی اهداکنندگان عضو مالزی نسبت به گروه کنترل	توصیفی	۸۰	اهداکنندگان	اهداکنندگان ۵۶ سال به بالا و مردان، به طور قابل توجهی کیفیت زندگی بهتر نسبت به زنان و سایر سنین داشتند.
(۳۴) Lenzia (۲۰۱۴) نامشخص	مقایسه عملکرد اخذ رضایت آگاهانه از خانواده اهداکنندگان از ۳ طریق: مدل اسپانیایی، آمریکایی و متخصصان ICU آموزش ندیده	گذشته نگر	۶۹۶	خانواده های اهداکنندگان	مصاحبه انجام شده توسط متخصصان آموزش ندیده ICU با خانواده ها سبب پایین آمدن نرخ اهدای گردید. مصاحبه بر اساس مدل اسپانیایی و آمریکایی سبب افزایش نرخ رضایت شد.
(۳۵) Gordon (۲۰۱۶) هدفمند	بررسی اولویت های اطلاعاتی اهداکنندگان و درک آنان از رضایت آگاهانه	کیفی	۲۹	اهداکنندگان	اهداکنندگان گزارش کردند که قادر به درک بسیاری از اطلاعات آشکار شده در طول آموزش نبوده و اطلاعات در مورد خطرات عمده اهدا، مانند مرگ و خطرات جزئی که زندگی روزمره را تحت تأثیر قرار می دهد را مقدم دانستند. پیچیدگی و حجم زیاد اطلاعات افشاشده مانع درک کافی شده بود.
(۳۶) Gordon (۲۰۱۵) هدفمند	ارزیابی درک اهداکنندگان زنده کبد، نیازهای اطلاعاتی و درک خطرات	کیفی	۳۰	اهداکنندگان کبد	۹۰٪ از اهداکنندگان زنده گزارش کردند که به خوبی آگاه بوده و ۶۶٪ اطلاعات ارائه شده توسط پزشکان را فهمیده بودند. ۴۰٪ آن ها نیز در ابتدای ارزیابی به دلایل زیر سردرگم بودند: استفاده از اصطلاحات فنی و کلمات اختصاری، اطلاعات آماری خطرات و مراحل دخیل در اعمال جراحی

نویسنده اول / روش نمونه‌گیری	هدف مطالعه	نوع مطالعه	حجم نمونه	جمعیت مورد مطالعه	یافته‌های اصلی
(۳۷) Midolo (۲۰۱۳) / -	شناسایی مهم‌ترین تفاوت‌های هنجاری در میان کشورهای غرب اروپا و ارزیابی تکامل اطلاعات اهداننده زنده در این کشورها	مروری	-	پایگاه داده EULOD عضو در اروپا	ترسیم دو دستورالعمل قانونی: پایه‌گذاری اولیه رضایت آگاهانه با استفاده از اصل استقلال فردی؛ رضایت آگاهانه با معیارهای قانونی و پزشکی مرتبط ساخته شود.
(۳۸) Petrini (۲۰۱۰) / -	مقایسه نقش اهدانندگان با افراد شرکت‌کننده در پژوهش‌های بالینی	کیفی	-	-	تنها زمانی اهدانندگان با شرکت‌کنندگان در پژوهش‌های بالینی قابل مقایسه هستند که مرحله اول از آزمایش بالینی را که داوطلب سالم بوده و انتظار هیچ فایده فیزیکی وجود ندارد را در نظر بگیریم. استقلال اهداننده زنده عضو و رضایت اخذشده، بسیار مهم بوده منافع تحقیقات بالینی به اشخاص ثالث غیرمرتبط مربوط می‌شود.
(۲۵) Randhawa (۲۰۱۰) / نامشخص	ارزیابی تأثیر بالقوه رویکرد انتخابی اهدای عضو براساس گزارش یافته‌های حاصل از مصاحبه با رهبان اصلی مذهبی انگلستان توسط ستاد اهدا عضو	کیفی	۱۷	-	اکثر رهبان دینی حامی رویکرد (opt-in)، نسبت به رویکرد (opt-out) هستند که در آن فرض بر رضایت است، مگر این‌که فرد قبلاً به امتناع از اهدا عضو اقدام کرده باشد.
(۳۹) Rowinsk (۲۰۱۲) /	ذکر اصول اخذ رضایت از اهدانندگان	کیفی	-	-	۹ اصل برای اخذ رضایت از اهدانندگان بیان شد.
(۴۰) Shardlow (۲۰۱۲) /	برجسته سازی اخلاق در پیوند عضو	کیفی	-	-	۴ اصل اخلاقی در پیوند ذکر شد.
(۴۱) Gordon (۲۰۱۲) /	بررسی تحقیقات تجربی در مورد رضایت آگاهانه برای اهدانندگان زنده کلیه و کبد و دریافت‌کنندگان بزرگسالان و اطفال	مروری	-	مقالات اهدانندگان کبد و کلیه	ارزیابی کیفیت عناصر رضایت آگاهانه نشان‌دهنده کمبود در سراسر فرآیند رضایت آگاهانه و نیاز به بهبود است.
(۴۲) Joffe (۲۰۱۱) /	شرح فرآیند DCD و منطق اخلاقی استاندارد در این عمل	مروری	-	-	اهدانندگان DCD مرده نیستند، بنابراین اهدای عضو در طول DCD، نقض قانون اهداننده مرده است. همچنین باید رضایت کاملاً آگاه از اهدانندگان به دست آید.
(۱۶) Vincent (۲۰۱۲) /	بررسی مطالعات درباره چرایی امتناع برخی از خانواده‌های اهدانندگان در انگلستان از رضایت، در حالی که مجموعه‌ای از عوامل قابل اصلاح در برخورد با خانواده نشان داده شده است.	مروری	-	-	با حصول اطمینان از زمان مناسب برای درخواست رضایت جهت اهدای عضو و انتخاب محیط مناسب، حمایت عاطفی و انتقال اطلاعات خاص، به ویژه در مورد ماهیت مرگ مغزی همچنین با آموزش کافی پرسنل، نرخ رضایت ممکن است بهبود یابد.

نویسنده اول / روش نمونه‌گیری	هدف مطالعه	نوع مطالعه	حجم نمونه	جمعیت مورد مطالعه	یافته‌های اصلی
(۴۸) Glazier (۲۰۱۱)	بیان اصول قانون هدیه و مقررات اهدای عضو	مروری	-	-	وظیفه قانونی برای گرفتن رضایت آگاهانه خارج از رابطه پزشک و بیمار ایجاد می‌شود. برای فرد متوفی، اهداکنندگان عضو و یا خانواده اهداکننده باید اطلاعات کمک کننده به تصمیم‌گیری برای اهدا را متوجه شوند. میل خانواده به رضایت، از لحاظ فرهنگی مهم است، اما از نظر قانونی تحت اصول قانون هدیه لازم نیست.

References

- Baligh N. In Translation of Muted Consent. Edited by Vojcic J. Tehran: Iranian Center for Research of Medical Ethics and History; 1994. [Persian]
- Parsapour A, Parsapour M, Larijani B. Informed consent, contents, conditions and practical methods. *Iran J Diabet Lipid Dis* 2005; 5: 1-14. [Persian]
- Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 7th ed. New York: Oxford University Press; 2013.
- Abecassis M, Adams M, Adams P, Arnold R, Atkins C, Barr M, et al. Consensus statement on the live organ donor. *JAMA* 2000; 284(22): 2919-2926.
- Pier M. Medical ethics: Patients' rights. Translated by Khazanedari S. Tehran: Education Development Center of Shahid Beheshti University of Medical Sciences; 2003. p.81-93. [Persian]
- Linin G. Comparative study on patients' right in European countries. Tehran: Ahoura; 1999. p.45-71.
- Sheikhtaheri A, Farzandipour M. Informed consent process: inpatients competency and admission clerks' performance in teaching hospitals in Kashan. *J Inform Manage* 2009; 6(2): 96-104. [Persian]
- Hajavi A, Piri Z, Shahmoradi L, Asadi N, Kheradmandi S, Oveisi M, et al. A survey on completeness of inpatient informed consent forms in the three treatment-teaching centers in Iran University of Medical Sciences (IUMS). *J Health Adm* 2008; 11(32): 55-62.
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO), Report of the International Bioethics Committee (IBC) on consent. Available at: www.unesdoc.unesco.org/images/E.pdf. Accessed October 10, 2009. Report No.
- Caplan A. Must I be my brother's keeper? Ethical issues in the use of living donors as source of liver and other solid organs. *Transplant Proc* 1993; 25(2): 1997-2000.
- Glannon W. Underestimating the risk in living kidney donation. *J Med Ethics* 2008; 34(3): 127-128.
- Ali Akbaei Babukani E, Shakeri M, Shamli N. The Last Will and Consent of the Next of Kin in Removing Organs. *J Manage Syst* 2012; 10(29): 197-233. [Persian]
- Levine R. The National Commission's ethical principles, with special attention to beneficence. Edited by Childress J, Meslin E, Shapiro H. Washington: Georgetown University Press; 2005. p.126-135.
- Kazemian A, Parsapour A. Study on physician's point of view about right telling to terminal patients. *Ethics Sci Technol* 2006; 1(1): 61-67. [Persian]
- Bernard I. Resolving ethical dilemmas: A guide for clinicians. USA: Lippincott; 2000.
- Vincent A, Logan L. Consent for organ donation. *Br J Anaesth* 2012; 108(1): 80-87.
- Nowak E, Pfitzner R, Kozlik P, Kozynacka A, Durajski L, Przybyłowski P. Organ Donor Cards Concepts Versus Reality: A Study Among Academic Students in Poland. *Transplant Proc* 2014; 46(8): 2519-2529.
- Arianpur N, Tofighi E, Roozegar R. Investigating the role of substitution of satisfactory buttocks with organ satisfaction in organ donation after brain death. 2nd conference on the study of religious standards in medicine. Tehran: AJA University of Medical Sciences; 2013. [Persian]
- Albright CL, Wong LL, Cruz MRD, Sagayadoro T. Choosing to be a designated organ donor on their first driver's license: actions, opinions, intentions, and barriers of Asian American and Pacific Islander adolescents in Hawaii. *Transplant Prog* 2010; 20(4): 392-400.
- 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; 2(1): 129-143.
- Abouna G. Organ shortage crisis: problems and possible solutions. *Transplant Proc* 2008; 40(1): 34-41.
- Beaulieu D. Organ donation: the family's right to make an informed choice. *J Neurosci Nurs* 1999; 31(1): 37-42.
- West R, Burr G. Why families deny consent to organ donation. *Aust Crit Care* 2002; 15(1): 27-32.
- Martinez J, Lopez J, Martin A, Martin M, Scandroglio B, Martin J. Organ donation and family decision-making within the Spanish donation system. *Soc Sci Med* 2001; 53(4): 405-425.
- Randhawa G, Brocklehurst A, Pateman R, Kinsella S, Parry V. Opting-in or opting-out? The views of the UK's faith leaders in relation to organ donation. *Health Policy* 2010; 96(1): 36-44.
- Abbasi Z, Peyman A. Brain death and organ donation in Iran. *Med Law J* 2012; 6(20): 43-54. [Persian]
- Barber K, Falvey S, Hamilton C, Collett D, Rudge C. Potential for organ donation in the United Kingdom:

- audit of intensive care records. *BMJ* 2006; 332(7550): 1124-1130.
28. Siminoff L, Mercer M, Graham G, Burant C. The reasons families donate organs for transplantation: implications for policy and practice. *J Trauma* 2007; 62(4): 969-978.
29. Howlader M, Dhanji A, Uppal R, Magee P, Wood A, Anyanwu A. Patients' views of the consent process for adult cardiac surgery: questionnaire survey. *Scand Cardiovasc J* 2004; 38(6): 363-370.
30. Tarighat Saber G, Zare S, Etemadi A, Mohammadi M, Shams G. Assessment of Knowledge And Satisfaction of Information Given in Cancer Patients Referred to Imam Khomeini Hospital 1382-1383 and Its Association with Anxiety and Depression in These Patients. *Tehran Univ Med J* 2006; 64(2): 165-171. [Persian]
31. Hammami M, Abdulhameed H, Concepcion K, Eissa A, Hammami S, Amer H, et al. Consenting options for posthumous organ donation: presumed consent and incentives are not favored *BMC Med Ethics* 2012; 13: 32-46.
32. Murray L, Miller A, Dayoub C, Wakefield C, Homewood J. Communication and Consent: Discussion and Organ Donation Decisions for Self and Family. *Transplant Proc* 2013; 45(1): 10-12.
33. Tumin M, Abdul Talib Abdul Mutalib M, Mohd Satar N, Abdullah N, Chong C, Ng K, et al. A comparison of donor and control group quality of life. *Ann Ransplant* 2014; 19: 112-118.
34. Lenzi J, Sarlo R, Assis A, Ponte M, Paura P, Araújo C, et al. Family Informed Consent to Organ Donation Who Performs Better: Organ Procurement Organizations, In-Hospital Coordinators, or Intensive Care Unit Professionals? *Transplant Proc* 2014; 46(6): 1672-1673.
35. Gordon E, Mullee J, Skaro A, Baker T. Live liver donors' information needs: A qualitative study of practical implications for informed consent. *Surgery* 2016; 160(3): 671-682.
36. Gordon E, Rodde J, Skaro A, Baker T. Informed consent for live liver donors: A qualitative, prospective study. *J Hepatol* 2015; 63(4): 838-847.
37. Midolo E. The Legislation on Living Organ Donation in Western Europe: Legal and Ethical Analysis and Impact on Clinical Practice. *Transplant Proc* 2013; 45(7): 2576-2579.
38. Petrini C. Ethical Issues With Informed Consent From Potential Living Kidney Donors. *Transplant Proc* 2010; 42(4): 1040-1042.
39. Rowinski W, Paczek L. Transplantation Ethics: Are We Approaching the Crossroads? *Transplant Proc* 2012; 44(7): 2171-2172.
40. Shardlow E, Twamley H. Ethics of transplantation. *Anaesth Intensive Care Med* 2012; 13(6): 278-280.
41. Gordon E. Informed Consent for Living Donation: A Review of Key Empirical Studies, Ethical Challenges and Future Research. *Am J Transplant* 2012; 12(9): 2273-2280.
42. Joffe A, Carcillo J, Anton N, deCaen A, Han Y, Bell M, et al. Donation after cardiocirculatory death: a call for a moratorium pending full public disclosure and fully informed consent. *Philo, Ethics Humanit in Med* 2011; 6: 17-37.
43. Wojcik J. Muted consent. Tehran: Iranian Center for Research of Medical Ethics and History; 1994.
44. U.S. Department of Health and Human Services, Advisory Committee on Organ Transplantation. Recommendations 1-18. Availavle at: <http://www.organdonor.gov/legislation/acotrecs118.html>. Accessed December 29, 2011.
45. Cotler S, Cotler S, Gambera M, Benedetti E, Jensen D, Testa G. Adult living donor liver transplantation: perspectives from 100 liver transplant surgeons. *Liver Transpl* 2003; 9(6): 637-644.
46. Hester M. Why must we leave our organs to others. *Am J Bioeth* 2006; 6: 23-28.
47. Miller C. Regulation and oversight of adult living donor liver transplantation. *Liver Transpl* 2003; 9(10): 69-72.
48. Glazier A. The principles of gift law and the regulation of organ donation. *Transpl Int* 2011; 24(4): 368-372.