

مرگ مغزی و پیوند اعضا در ژاپن

علیرضا باقری چیمه^۱

چکیده

پدیده‌ی مرگ مغزی و امکان بهره‌گیری از آن در پیوند اعضا اگرچه امیدهای تازه‌ای در نجات جان گروهی از بیماران به‌وجود آورده، مسائل فرهنگی، حقوقی و اخلاقی متعددی نیز به‌همراه داشته است. در کشور ژاپن، پیشتازی پزشکان در انجام پیوند قلب از مرگ مغزی در سال ۱۹۶۸ میلادی موجب گردید تا بحث پیرامون این مسأله، چه در بین مجامع علمی و چه در سطح عموم جامعه در این کشور، از حدود سه دهه قبل آغاز و هم‌اینک نیز ادامه داشته باشد. رویکرد ژاپنی‌ها نسبت به این مسأله به اقتضای پیشینه‌ی فرهنگی خاص خود متفاوت از سایر ملل بوده است، به‌گونه‌ای که می‌توان واگذاری تصمیم‌گیری به خود افراد در مورد پذیرش مرگ مغزی به‌عنوان مرگ انسان، ممنوعیت برداشت عضو از افراد با سن کم‌تر از ۱۵ سال، ضرورت وجود موافقت مکتوب خود فرد و همچنین خانواده‌ی او در مورد اهدای عضو و وجود افتراق بین تشخیص بالینی مرگ مغزی از تشخیص قانونی آن را به‌عنوان نمونه‌ای از ویژگی‌های قانون پیوند اعضا از مرگ مغزی در این کشور ذکر نمود. هم‌اینک با وجود گذشت ۱۰ سال از تصویب این قانون، جامعه‌ی ژاپن به دلیل مسائل فرهنگی و باورهای اجتماعی آن‌چنان که باید از این مسأله استقبال ننموده و این امر سبب شده است تا بین توان بالای علمی تخصصی در انجام پیوند اعضا با آمار اندک پیوندهای انجام شده در این کشور فاصله‌ی زیادی وجود داشته باشد.

واژگان کلیدی: مرگ مغزی، پیوند اعضا، ژاپن، ملاحظات اخلاقی

^۱ استادیار، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی و گروه اخلاق پزشکی، دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

نشانی: تهران، بلوار کشاورز، خیابان ۱۶ آذر، پلاک ۲۱، طبقه سوم، تلفن: ۶۶۴۱۹۶۶۱

Email: bagheria@tums.ac.ir

مقدمه و تاریخچه

در تمامی جوامع مختلف بشری مسائل مربوط به حیات و مرگ بخشی از ذهن آدمی را به خود معطوف داشته است. ژاپن در شرق آسیا، با مساحتی معادل یک‌چهارم ایران و جمعیتی در حدود دو برابر ایران، به‌عنوان کشوری پیشرفته در زمینه‌ی تکنولوژی، به‌خصوص در بخش پزشکی، بیش از سی‌سال است که شاهد بحث‌های مربوط به مرگ مغزی و پیوند اعضا چه در صحنه‌ی اجتماعی و چه در محافل علمی تخصصی خود می‌باشد (۱).

ژاپنی‌ها یک‌سال پس از انجام اولین پیوند قلب در جهان که در سال ۱۹۶۷ در افریقای جنوبی صورت گرفت، اقدام به انجام پیوند قلب نمودند، به‌طوری که در سال ۱۹۶۸ اولین پیوند قلب در بیمارستان دانشگاه Sapporo در شمال ژاپن توسط دکتر Wada انجام شد و دهنده‌ی قلب، بیمار جوانی بود که به‌علت غرق‌شدگی دچار مرگ مغزی شده بود (۲).

اگرچه با انجام پیوند بیمار توانست ۸۳ روز زنده بماند، انعکاس اجتماعی آن بر خلاف آن چیزی بود که در افریقای جنوبی پس از اولین پیوند قلب دیده شد. نه تنها کسی به پزشک انجام دهنده‌ی پیوند تبریک نگفت بلکه گروه‌های بسیاری از مردم نسبت به این اقدام واکنش منفی نشان دادند و به‌عنوان سوءاستفاده از آزمایش بر روی انسان خواستار محاکمه‌ی وی شدند (۳).

پس از آن به‌مدت پانزده‌سال عبارت «پیوند قلب» به‌عنوان «کلمه‌ی ممنوع» در جامعه‌ی ژاپن مصطلح گردید.

در سال ۱۹۸۳ وزارت بهداشت، کار و رفاه ژاپن^۲ کمیته‌ای را مسؤول بررسی مرگ مغزی نمود که این کمیته دوسال بعد ملاک‌های طبی را به‌منظور تشخیص مرگ مغزی اعلام نمود. هم‌چنین در سال ۱۹۸۷ انجمن پزشکان ژاپن^۳ اظهار داشت که مرگ مغزی به‌عنوان ملاک استاندارد «مرگ انسان» است (۴).

در اقدام دیگری در سال ۱۹۹۲ کمیته‌ای منتخب^۴ از طرف نخست‌وزیر، جهت بررسی وضعیت مرگ مغزی نیز اعلام نمود که مرگ مغزی از نظر پزشکی به منزله‌ی مرگ انسان است و اضافه نمود که لازم است این نظر مورد اجماع مردم نیز قرار گیرد (۲). در سال ۱۹۹۴، نخستین تلاش برای تصویب قانون پیوند اعضا از مرگ مغزی در ژاپن به شکست انجامید و سرانجام قانون پیوند اعضا در سال ۱۹۹۷ به تصویب رسید. لیکن به‌علت ملاحظات اخلاقی، فرهنگی و اجتماعی هنوز هم انجام پیوند اعضا در کشور ژاپن از پذیرش اجتماعی خوبی برخوردار نیست (۱). این امر خود بیانگر ضرورت لحاظ نمودن دیدگاه «جامعه‌نگری» در طب است. کشوری که فناوری طبی آن در سراسر جهان مورد کاربرد همگان است، خود به دلیل ملاحظات فرهنگی و اجتماعی حاکم بر آن، از به‌کارگیری توانایی‌هایش در زمینه‌ی پیوند اعضا به‌خصوص از بیماران مرگ مغزی محروم است (۵).

معیارهای تشخیصی مرگ مغزی در ژاپن

از سال ۱۹۶۸ که برای اولین بار معیارهای تشخیص مرگ مغزی توسط دانشگاه هاروارد اعلام گردید (۶) تاکنون مراکز پزشکی مختلف در سراسر جهان اقدام به ارائه‌ی معیارهای تشخیصی مرگ مغزی نموده‌اند.

در کشور ژاپن این معیارها توسط وزارت بهداشت و رفاه در بخشی از دستورالعمل اجرایی مرگ مغزی و پیوند اعضا به شرحی که در شکل شماره ۱ دیده می‌شود وضع گردیده است (۷).

طبق قانون فعلی، مرگ مغزی بر اساس توقف غیرقابل برگشت تمامی قسمت‌های مغز از جمله ساقه‌ی مغز تعریف شده است. ملاک‌های تشخیصی نیز به‌گونه‌ای است که در صدد تأیید شرایط فوق است (۸).

افتراق بین تشخیص کلینیکی مرگ مغزی از تشخیص

^۴ - The prime minister's AdHoc Committee on Brain Death and Organ Transplantation

^۲ - Ministry of Health, Labour and Welfare

^۳ - Japan Medical Association

(۱۰). اولین لایحه‌ی پیوند اعضا از مرگ مغزی که در سال ۱۹۹۴ به مجلس ارائه گردیده بود مورد تصویب قرار نگرفت. ایرادات اصلی لایحه‌ی مذکور اولاً پذیرش مرگ مغزی به‌عنوان مرگ انسان و ثانیاً کافی دانستن رضایت خانواده برای اهدای عضو بیان شده بود (۱۱). نهایتاً سه دهه پس از انجام اولین پیوند قلب از مرگ مغزی در ژاپن، یعنی در سال ۱۹۹۷، به‌دنبال بحث‌های طولانی در بین متخصصان پزشکی، فلسفه، اخلاق و حقوق و هم‌چنین به‌طور وسیع در سطح جامعه، قانون پیوند اعضا به تصویب مجلس ژاپن رسید (۱۲). قبل از تصویب این قانون ژاپنی‌ها برای دریافت عضو پیوندی ناچار به سفر به سایر کشورها نظیر چین بودند، لیکن پس از تصویب این قانون دیگر گزارشی مبنی بر سفر اتباع ژاپنی به خارج از کشورشان به‌منظور انجام پیوند ارائه نگردیده است (۱۳).

ویژگی‌های قانون پیوند اعضا ژاپن عبارت است از:

الف) کارت تصمیم‌گیری در مورد اهدای عضو: اعلام تشخیص قانونی مرگ مغزی و نیز برداشت عضو از بدن منوط به وجود کارت اهداست. از خصوصیات این کارت همان‌گونه که در تصویر شماره‌ی ۱ مشاهده می‌شود این است که هر فرد می‌تواند با زدن علامت در قسمت ۱ و ۲ بر اساس نظر شخصی خود در مورد تعریف مرگ مغزی، که آیا توقف کامل فعالیت مغز است یا توقف کامل فعالیت مغز و قلب، موافقت خود را برای اهدای عضو پس از مرگ مغزی یا پس از مرگ قلبی تنفسی و هم‌چنین نوع عضو اهدایی اعلام نماید.

قانونی مرگ مغزی یکی از ویژگی‌های منحصر به فرد معیارهای تشخیص مرگ مغزی در ژاپن است. براساس قانون پیوند اعضا اعلام رسمی مرگ مغزی منوط به وجود کارت اهدای عضو مبنی بر موافقت فرد و خانواده‌ی او با ملاک بودن مرگ مغزی به‌عنوان مرگ انسانی است. تفاوت عملی این دو مقوله در انجام تست آپنه است، به این شکل که اگر کارت مذکور وجود نداشته باشد معیارهای یک تا چهار مورد بررسی قرار گرفته و تنها تشخیص کلینیکی مرگ مغزی مطرح می‌گردد و اجازه‌ی انجام تست آپنه در این شرایط داده نمی‌شود. لیکن در صورت وجود کارت مذکور پزشکان اجازه خواهند داشت تا با انجام تست آپنه پس از بررسی سایر معیارها، در دو نوبت متوالی به فاصله ۶ ساعت تشخیص قانونی مرگ مغزی را تأیید نمایند (۷).

به‌منظور تعیین سطح هوشیاری در بیماران اغمایی، سیستم پزشکی ژاپن از سال ۱۹۷۵ از جدول (JCS) Japan Coma Scale استفاده می‌نماید. براساس آن بیمار در حالت کمای عمیق JCS معادل ۳۰۰ واحد دارد که معادل عدد سه در سیستم Glasco Coma Scale (GCS) است (۹).

ویژگی‌های قانون پیوند اعضا ژاپن

روند قانون‌گذاری در پیوند اعضا سیر طولانی را پشت سر گذاشته است. اولین قانون پیوند اعضا تحت عنوان «قانون پیوند قرنیه» در سال ۱۹۵۸ میلادی به تصویب رسید و سپس در سال ۱۹۷۹ به قانون «پیوند قرنیه و کلیه» تغییر داده شد

臓器提供意思表示カード

あなたの意思表示ありがとうございます。このカードは常に携帯してください。

厚生省・(社)日本臓器移植ネットワーク
ドナー情報用全国共通連絡先：0120-22-0149

《該当する1,2,3.の番号を○で囲んだ上で提供したい臓器を○で囲んで下さい》

1. 私は、脳死の判定に従い、脳死後、移植のために○で囲んだ臓器を提供します。(×をつけた臓器は提供しません)
心臓・肺・肝臓・腎臓・脾臓・小腸・眼球・その他()

2. 私は、心臓が停止した死後、移植のために○で囲んだ臓器を提供します。(×をつけた臓器は提供しません)
腎臓・脾臓・眼球・その他()

3. 私は、臓器を提供しません。

署名年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日
本人署名(自筆): _____
家族署名(自筆): _____
(可能であれば、この意思表示カードをもちていることを知っている親族が、そのことの確認のために署名して下さい)

شکل شماره ۱. کارت تصمیم‌گیری در مورد اهدای عضو

شروط پیش‌بینی شده در قانون مذکور است. بنابراین چنانچه کارت اهدای عضو فقط به امضای دهنده‌ی عضو رسیده باشد و فاقد امضا خانوادگی فرد باشد، به این معناست که خانواده‌ی فرد موافق با اهدای عضو نیستند، بنابراین کارت اهدای عضو فاقد ارزش قانونی بوده و اقدام جهت تشخیص قانونی مرگ مغزی و هم‌چنین برداشت عضو صورت نخواهد گرفت (۱۶). لذا، اعلام مرگ مغزی و نیز برداشت عضو تنها زمانی صورت می‌گیرد که هم امضای دهنده‌ی عضو و هم امضای خانواده‌ی او مبنی بر موافقت با اهدای عضو در وضعیت مرگ مغزی و یا مرگ قلبی مغزی در کارت اهدای عضو منعکس گردیده باشد و هریک به تنهایی فاقد ارزش قانونی است (۱۲). نکته‌ی قابل تأمل در این قانون این است که در واقع رویکرد این قانون در مورد نقش خانواده در اهدای عضو یک «استاندارد دوگانه» است. به این مفهوم که در زمانی که یک فرد عاقل و بالغ داوطلب اهدای عضو است، طبق قانون این خواست خود را زمانی می‌تواند عملی کند که بتواند موافقت خانواده‌ی خود را نیز در این زمینه‌ی جلب نماید و آن‌ها نیز کارت اهدای عضو را امضا نمایند. اما چنانچه فرد در وضعیت عدم هوشیاری باشد (مرگ مغزی) و به هر دلیل کارت اهدای عضو در دسترس نباشد، خانواده‌ی او حق این که به‌عنوان تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین با برداشت عضو موافقت نمایند را ندارد؛ حتی اگر اعضای خانواده بدانند که اهدای عضو خواست قلبی فرد بوده است ولی کارت اهدا را تهیه ننموده است. حال سؤال این است که اگر طبق قانون خانواده می‌تواند مانع از برداشت عضو علی‌رغم وجود رضایت فرد دهنده و حتی خود (در گذشته) شود پس چرا اعضای خانواده نمی‌توانند یک چنین اختیاری را در زمان عدم هوشیاری عزیزشان علی‌رغم آگاهی از داوطلبی وی برای اهدای عضو داشته باشند.

د) محدودیت سنی برای اهدای عضو: براساس این قانون کارت اهدای عضو فقط برای افراد بالاتر از سن پانزده سال معتبر است. به این معنا که تشخیص قانونی مرگ مغزی و نیز

همان‌گونه که از نام آن «کارت تصمیم‌گیری در مورد اهدای عضو» مشخص است، این کارت به‌منظور تصمیم‌گیری در مورد اهدای عضو است، بنابراین صرف داشتن آن به منزله‌ی موافقت نبوده بلکه افراد می‌توانند عدم تمایل خود را نیز نسبت به اهدای عضو در همان کارت بیان نمایند. در ذیل آن محلی برای امضای فرد و هم‌چنین برای امضای خانواده در نظر گرفته شده است.

ب) رضایت فرد: همان‌گونه که در فوق اشاره گردید براساس قانون پیوند اعضا، تصمیم‌گیری در مورد این‌که آیا توقف کامل فعالیت مغز برابر با مرگ انسان است یا این‌که توقف کامل فعالیت قلب و مغز (هر دو) ملاک مرگ در انسان است به عهده‌ی خود افراد گذارده شده است (۱۴). و این نکته‌ای است که قانون پیوند اعضا ژاپن را از سایر کشورها متمایز می‌نماید و از آن به‌عنوان «دموکراتیک‌ترین قانون پیوند اعضا» در جهان نام می‌برند (۱۵). بنابراین طبق این قانون در صورتی مرگ مغزی معادل مرگ محسوب می‌شود که فرد قبلاً موافقت خود را در این موارد در کارت اهدای عضو اظهار کرده باشد. چنانچه فردی که دچار مرگ مغزی شده است قبلاً مخالفت خود را مبنی بر یکسان دانستن مرگ مغزی با مرگ انسان بیان نموده باشد تا زمانی که قلب او ضربان داشته باشد هم‌چون یک فرد زنده در نظر گرفته شده و پزشکان اجازه‌ی قطع درمان یا برداشت عضو از بدن یک چنین بیماری را ندارند (۱۱). هم‌چنین براساس این قانون چنانچه فرد مبتلا به مرگ مغزی فاقد کارت اهدای عضو باشد، فرض بر این است که فرد مذکور موافق ملاک قرارداد مرگ مغزی برای مرگ انسان نبوده است، پس با او مثل سایر بیماران برخورد خواهد شد.

در این جا لازم به ذکر است که در حقیقت انتخاب تعریف مرگ انسان براساس توقف فعالیت‌های مغز به تنهایی یا توقف فعالیت مغز و قلب به افراد و خانواده آن‌ها مشترکاً واگذار شده است و نه فقط به افراد (۱۶).

ج) نقش خانواده: رضایت خانواده در اهدای عضو از

تشخیص قانونی مرگ مغزی و نیز برداشت عضو ضروری دانسته شده است و برای کودکان بین ۱۲-۶ سال شروط فوق به علاوه نظارت کمیته‌ی اخلاق بیمارستان نیز مطرح گردیده است (۱۸).

اگرچه اصلاحیه‌ی اخیر مدعی شده است که کودکان حتی در سنین بین شش تا دوازده سال نیز صلاحیت درک و تصمیم‌گیری بر روی مسأله مرگ مغزی و پیوند اعضا را دارند لیکن این مسأله مورد انتقاد قرار گرفته است (۱۹).

در مقابل گروه‌هایی نیز در اجتماع خواستار توقف کامل پیوند اعضا از مرگ مغزی شده‌اند. یکی از همین گروه‌ها در دهه‌ی ۱۹۹۰ نیز پزشکان انجام دهنده‌ی پیوند از مرگ مغزی را به قتل متهم نموده بود (۴).

یکی از افراد با نفوذ گروه‌های مخالف با انجام پیوند از مرگ مغزی یکی از نمایندگان مجلس به نام خانم T.Abe است که خواستار لغو قانون پیوند اعضا شده است (۴).

گروهی موسوم به اوموتوکیو (Oomoto-kyo) نیز که شاخه‌ای از مذهب شینتو (Shinto) است مبادرت به توزیع کارت‌های ضد اهدای عضو بین مردم نموده‌اند (۴).

مراحل اجرایی پیوند عضو از مرگ مغزی

براساس قانون پیوند اعضا مصوب سال ۱۹۹۷ میلادی، هرگونه اقدام به منظور انجام پیوند عضو، از مرحله‌ی تشخیص قانونی مرگ مغزی تا برداشت عضو و پیوند آن به گیرنده‌ی عضو، منوط به طی مراحل قانونی طبق دستورالعمل اعلام شده از طرف وزارت بهداشت و رفاه ژاپن است.

آغاز این روند مشروط به وجود کارت تصمیم‌گیری اهدای عضو امضا شده توسط خود فرد و نیز خانواده‌ی او است. این کارت توسط مراجع قانونی از طریق مراکز بهداشتی درمانی، شهرداری‌ها، ادارات پست و نیز مراکز آموزش رانندگی در اختیار مردم قرار می‌گیرد (۱۴). تحقیقات نشان می‌دهد که استقبال مردم از داشتن این کارت رو به افزایش است. در بررسی‌ای که توسط دفتر نخست‌وزیری صورت گرفت، تعداد افراد بالای ۲۰ سال دارنده‌ی کارت تصمیم‌گیری

برداشت عضو از کودکان (افراد با سن کم‌تر از پانزده سال) ممنوع است. چرا که تصور بر این است که کودکان قادر به تصمیم‌گیری در مورد این مهم نبوده، پس نمی‌توان از اعضای بدن کودکان برای اهدای عضو استفاده نمود (۱۷). منع خرید و فروش اعضای بدن و نیز پیش‌بینی‌های لازم به منظور برخورد با متخلفان نیز از مواردی است که در این قانون بدان تصریح شده است (۱).

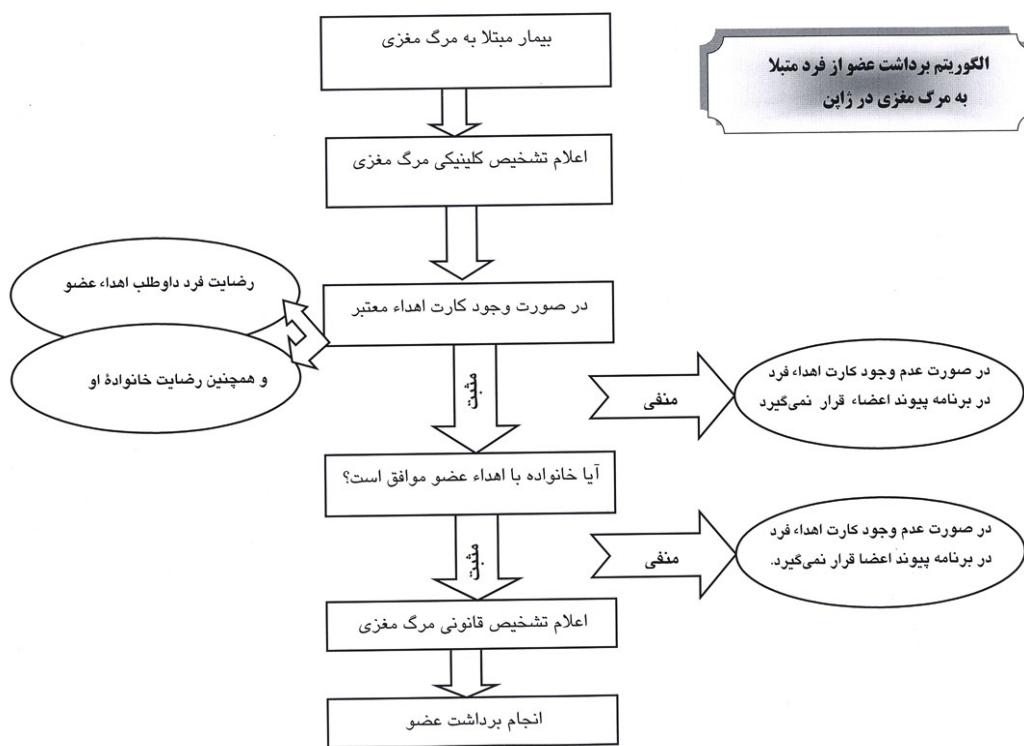
همان‌گونه که در این قانون پیش‌بینی شده بود، هم‌اینک این قانون در مرحله‌ی بازنگری است و اصلاحیه‌های متعددی نیز از طرف پزشکان، حقوق‌دانان و فلاسفه به کمیته‌ی بازنگری در وزارت بهداشت و رفاه پیشنهاد گردیده است (۱۸). اصلاحات پیشنهاد شده پیرامون دو محور اصلی است:

یکی تثبیت تعریف مرگ براساس ملاک مرگ مغزی و دیگری اجازه‌ی برداشت عضو از بدن کودکان مبتلا به مرگ مغزی به منظور پیوند به کودکان نیازمند دریافت عضو. در پیشنهادی که توسط «انجمن دریافت‌کنندگان پیوند ژاپن» ارائه گردیده است، مرگ مغزی همان مرگ انسان اعلام گردیده و برای بزرگسالان رضایت قبلی دهنده‌ی عضو و خانواده، ولی برای اطفال رضایت خانواده به تنهایی کافی دانسته شده است (۱۴). در اصلاحیه‌ی دیگری که توسط پروفیسور ماچینو (S.Machino) یکی از اعضای کمیته‌ی منتخب ارائه گردیده است، مرگ مغزی به‌عنوان ملاک مرگ انسان در نظر گرفته شده است و رضایت خانواده به تنهایی برای برداشت عضو کافی دانسته شده مگر آن‌که فرد قبلاً مخالفت خود را بیان کرده باشد. هم‌چنین در مورد اطفال نیز رضایت خانواده به تنهایی کافی دانسته شده است مگر آن‌که کودک قبلاً مخالفت خود را بیان کرده باشد (۴).

در اصلاحیه‌ی دیگر که توسط پروفیسور موریوکا (M. Morioka) استاد فلسفه دانشگاه اوساکا (Osaka) و نیز سوجیموتو (T.Sogimoto) متخصص نورولوژی اطفال، به‌طور مشترک، ارائه گردیده است در مورد بزرگسالان و کودکان بین ۱۲-۱۵ سال رضایت فرد و خانواده (هر دو) برای اعلام

وزارت بهداشت و رفاه با نقش نظارتی خود، شبکه‌ی پیوند اعضا به‌عنوان هماهنگ‌کننده و بخش بیمارستانی نیز به‌عنوان اقدام‌کننده‌ی اصلی، هر یک بخشی از کار را به انجام می‌رسانند (۸). ارائه‌ی آموزش‌های عمومی در زمینه‌ی اهدای عضو و پیوند اعضا در سطح جامعه به‌علاوه جمع‌آوری مشخصات اهداکنندگان عضو و انجام تست‌های آزمایشگاهی لازم برای اهداکنندگان نیز از وظایف شبکه‌ی پیوند اعضا ژاپن است که یک سازمان غیردولتی و غیرانتفاعی است (۲۱).

در مورد اهدای عضو از ۲/۶ درصد در سال ۱۹۹۸ به ۹/۴ درصد در سال ۲۰۰۰ میلادی افزایش یافته است (۲۰). در بررسی دیگری که توسط شبکه‌ی پیوند اعضای ژاپن صورت گرفت تعداد ۶۳ میلیون نفر در سال ۲۰۰۰ میلادی این کارت را دریافت نموده‌اند (۲۱). هیچ‌یک از بررسی‌های فوق مشخص نکرده است که چنددرصد از افراد دارای کارت اهدای عضو موافقت و چند درصد نیز مخالفت خود را در این کارت برای اهدای عضو ابراز نموده‌اند. همان‌گونه که در شکل شماره‌ی ۲، نمودار اجرایی پیوند اعضا از بیمار مرگ مغزی مشاهده می‌شود، در این روند،



شکل شماره ۲. نمودار اجرایی پیوند اعضا از بیمار مرگ مغزی

مشهود است. این امر موجب گردیده است تا علی‌رغم وجود توانایی علمی و تخصصی در انجام پیوند و نیز با وجود اجازه‌ی قانونی مبنی بر پیوند عضو از مرگ مغزی، این مسأله هنوز از اقبال اجتماعی برخوردار نبوده و آمار پیوند اعضا نیز پیشرفت قابل ملاحظه نداشته باشد (۱۵). به‌گونه‌ای که حتی تا دو سال پس از تصویب قانون مذکور هیچ پیوندی از مرگ

دیدگاه جامعه نسبت به مسأله‌ی مرگ

اگرچه در سال ۱۹۸۷ میلادی انجمن پزشکی ژاپن و نیز در سال ۱۹۹۲ کمیته‌ی منتخب دفتر نخست‌وزیری اعلام نمود که مرگ مغزی ملاک مرگ انسان است؛ اختلاف نظر در این مورد هنوز هم در بین متخصصان و هم در بین مردم جامعه

که مردم عادی نمی‌توانند مرگ مغزی را مرگ عزیزانشان بدانند هنگامی که با بدنی گرم در کنار آن‌هاست (۲۵).

در کتاب دیگری «مرگ مغزی» (No Shi) نوشته‌ی تاجیبانا (T.Tachibana) نویسنده، ملاک‌های تشخیص مرگ مغزی در ژاپن را مورد تردید قرار داده و می‌نویسد: این ملاک‌ها نمی‌توانند مرگ تمامی سلول‌های مغز انسان را به اثبات برسانند (۲۶).

اگرچه به‌دنبال یک نظرسنجی عمومی (۲۷) مشخص گردید که در حدود ۴۰ درصد از مردم ژاپن مرگ مغزی را به‌عنوان استاندارد برای مرگ انسان پذیرفته‌اند، لیکن مقاومت زیادی از طرف جامعه در پذیرش پیوند اعضا به‌خصوص از مرگ مغزی وجود دارد (۳). بسیاری از محققان علوم اجتماعی در ژاپن تلاش نموده‌اند تا دلایلی را برای این‌که چرا مردم ژاپن علی‌رغم پذیرش ملاک مرگ مغزی به‌عنوان مرگ انسان، هنوز هم در مورد انجام پیوند از مرگ مغزی دچار تردید و در مواردی هم مخالف هستند را بیابند (۳).

مهم‌ترین دلایل ارائه شده شامل:

- الف) تأثیر واکنش منفی جامعه به اولین پیوند قلب انجام شده از دهنده‌ی مرگ مغزی توسط دکتر Wada
 - ب) شک در ملاک‌های تشخیصی مرگ مغزی در ژاپن
 - ج) عدم اطمینان به سیستم پزشکی
 - د) تأثیر فرهنگ سنتی ژاپن
 - ه) تداخل بین روند انجام پیوند با قانون اتوپیسی در ژاپن
- موارد الف و ج نقش عمده‌ای در هدایت مردم مبنی بر عدم علاقه به واگذار کردن تصمیم‌گیری در مورد مسأله‌ی مرگ مغزی به پزشکان دارد (۲۸).

واکنش منفی جامعه در زمینه‌ی ملاک قرار دادن مرگ مغزی برای مرگ انسان، عمدتاً از طرف گروه‌های مذهبی ابراز می‌شود. برای مثال، فرقه‌ی جدیدی از مذهب شیتو به‌نام ریسوکسای کای (Rissho Kosei - Kai) اعلام نموده‌اند که مرگ مغزی نباید ملاک مرگ انسان باشد (۲۹).

مغزی صورت نگرفت (۱۰). و هم‌اینک نیز با گذشت ۱۰ سال از تصویب آن فقط ۷۳ نفر بیمار مرگ مغزی اعضای خود را اهدا نموده‌اند (۲۱).

درک کاملی از این وضعیت و زمینه‌های به‌وجود آورنده‌ی آن مستلزم آگاهی از مفهوم حیات و مرگ در دیدگاه مردم ژاپن است. ژاپنی‌ها در تصور سنتی خود از «انسان»، به وحدت جسم و روح معتقد بوده و لذا بر این باورند که برداشت عضوی از بدن انسان فقط سبب آسیب به جسم نبوده بلکه موج تخریب این وحدت نیز می‌گردد (۲).

هم‌چنین براساس تفکر کنفوسیوسی (Confucian) وارد آوردن هرگونه آسیب به جسم انسان (اگرچه مرده) موجب بروز آسیب به روح او نیز می‌گردد و در نتیجه آسیب زدن به جسم انسان به‌طور مؤکد ممنوع شده است (۲). ایشان هم‌چنین به پدیده‌ی مرگ انسان نه فقط از دیدگاه یک تشخیص پزشکی صرف، بلکه از منظر یک واقعه‌ی اجتماعی و در ارتباط با سایر افراد (خانواده و جامعه) می‌نگرند (۲۲). برای مثال پروفیسور M. Morioka به رابطه‌های انسانی به‌عنوان یکی از ابعاد وجود آدمی اشاره کرده و در کتاب خود تحت عنوان «فرد مرگ مغزی» (Noshi no Hito) می‌نویسد: «این یک حقیقت است که پزشکان از هر فرد دیگری نسبت به پدیده‌ی مرگ مغزی، آگاهی دارند، لیکن این علوم فقط در برگرفته‌ی ابعاد پزشکی مرگ مغزی است ولی آن‌چه که مرگ مغزی را به‌عنوان یک مسأله‌ی حاد در جامعه‌ی ما مطرح کرده است، تنها ابعاد پزشکی مسأله نیست بلکه این است که ما چگونه یک بیمار مرگ مغزی را در جامعه‌ی خود بپذیریم و تأکید می‌کند که ماهیت مرگ مغزی به ارتباط بین انسان‌ها باز می‌گردد (۲۳).

در ژاپن تنها در بین سال‌های ۹۰-۱۹۸۵ در حدود یک‌صد جلد کتاب در زمینه‌ی مرگ مغزی و پیوند اعضا چاپ و در سطح جامعه منتشر گردید (۲۴). یکی از کتب معروف «مرگ ناپیدا» (Mienai Shi) نوشته‌ی روزنامه‌نگاری به نام ناکاجیما (M. Nakajima) است. نویسنده در کتاب خود اظهار می‌دارد

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از پروفسور شوچی (Prof. Shinichi Shoji) مدیر محترم بخش نورولوژی بیمارستان دانشگاه Tsukuba ژاپن و نیز پروفسور موریوکا (Prof. Masahiro Morkka) استاد فلسفه دانشگاه اوساکا - ژاپن به خاطر راهنمایی‌های ارزشمندشان در انجام این پژوهش و نیز از آقای تاناکا (Takamasa Tanaka) به خاطر کمک در ترجمه‌ی بعضی از متون از زبان ژاپنی تشکر و سپاسگزاری می‌نمایم.

بعضی از گروه‌های مذهب بودا نیز معتقدند که طولانی کردن زندگی انسان با پذیرش ارگان بدن فرد دیگری به وسیله‌ی پیوند اعضا، غیرطبیعی و غیراخلاقی است و هم‌چنین انتظار مرگ دیگران برای ادامه‌ی حیات در دیدگاه آن‌ها غیر اخلاقی است (۲).

نتیجه‌گیری

اهمیت تأثیر مباحث حقوقی، اجتماعی و اخلاقی در مسأله‌ی مرگ مغزی سبب گردیده است تا تصمیم‌گیری در مورد آن صرفاً به حیطه‌ی پزشکی محدود نباشد و در نتیجه کشورهای مختلف جهان، با پذیرش واقعیت‌های طبی در مورد بیماران مبتلا به مرگ مغزی و نیز به اقتضای پیشینه‌ی فرهنگی، مذهبی و حقوقی خاص خود رویکردی متفاوت در برخورد با آن اتخاذ نموده‌اند.

جامعه‌ی ژاپن نیز براساس این اصل که فرد، خود می‌تواند تصمیم بگیرد که آیا مرگ مغزی او برابر با مرگش قلمداد شود یا خیر، ارائه دهنده‌ی شیوه‌ای منحصر به فرد در سطح جهان در برخورد با مسأله‌ی مرگ مغزی است.

در این کشور نگرانی‌های موجود در جامعه، هم‌چون سوءاستفاده‌ی احتمالی از بیماران مرگ مغزی و نیز خطای پزشکی در تشخیص قطعی، در کنار باورها و اعتقادات مردم، نقش بارزی در عدم پذیرش مناسب جامعه در مورد پیوند اعضا از مرگ مغزی ایفا می‌نماید. مجموعه‌ی سیستم بهداشتی درمانی، قانون‌گذاری و نیز سازمان‌های غیردولتی فعال در این زمینه در تلاشند با افزایش پذیرش اجتماعی موجبات گسترش به‌کارگیری پیوند اعضا متناسب با توان علمی تخصصی در این کشور را فراهم آورند.

منابع

- executed prisoner on China. The review of Tokuyama University 1998; 50: 177 – 89.
14. Hriaga s, Mori T, Asaura Y. Current arrangement and activity of organ transplantation after new transplant legislation in Japan. *Transplant Proc* 2000; 32: 86 – 9.
 15. Morioka M. Japanese brain death law is one of the best of the world. *Chuo Coron* 2001; p. 318 – 27.
 16. Bagheri A. Individual choice in the definition of death. *J Med Ethics* 2006; 33: 146 – 9.
 17. Bagheri A. Criticism of brain death policy in Japan. *Kennedy Inst Ethics J* 2003; 31(4): 359 – 72.
 18. Morioka M, Sugimoto T. A proposal for revision of the organ transplantation law based on a child donor's prior declaration. *Eubios J Asian Int Bioeth* 2001; 11(4): 108 – 10.
 19. Begheri A. Children competency and donor's prior declaration. *Eubios J Asian Int Bioeth* 2001; 6: 195 – 6.
 20. Hasegawa T. Prevalence of donor cards in Japan and recommendation to increase organ donation. *Emerg Med* 1855; 24: 185 – 1855.
 21. Anonymous. Japan Oran Transplantation Network (JOTNW). <http://www.jotnw.or.jp/news/news.html> (accessed on: 2008)
 22. Sass HM, Veatch R, Kimura R. Advance Directives and Surrogate Decision Making in Trans-cultural Perspective. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1998, 8th Chapter.
 23. Morioka M, Noshi NH. Brain Dead Person. Tokyo: Hozokan; 2000, 2nd edition, p. 3 – 4.
 24. Morioka M. Two aspects of brain dead being. *Eubios J Asian Int Bioeth* 2000; 10: 10 – 11.
 25. Nakajima M, Mienai S. Invisible death.
 1. Kimura R. Organ transplantation and brain death in Japan, cultural, legal and bioethical background. *Ann Transplant* 1998; 3(3): 55 – 58.
 2. Anonymous. *Encyclopedia of Bioethics, Contemporary Japan*. USA: Warren T.Reich; 1995, vol 3, p.1500.
 3. Morioka M. Bioethics and Japanese culture, brain death and patients rights and cultural factors. *Eubios J Asian Int Bioeth* 1995; 5: 88 – 90.
 4. Morioka M. Reconsidering brain death, A lesson from Japan's fifteen years experience. *Hastings Cent Rep* 2001; 31(4): 41 – 6.
 5. Shinagawa S. *Tradition, Ethics and Medicine in Japan*, Dortmund: Humanitas Verlag; 2000, p. 46 – 47.
 6. Bernat J. *Ethical Issues in Neurology*. U.S.A: Butterworth Heinemann; 1997, p. 115 – 116.
 7. Anonymous. Ministry of Health Labour and Welfare, Manual for Legal Diagnosis of Brain Death. Tokyo: Nippon ijishinposha; 1999.
 8. Anonymous. Ministry of Health Labour and Welfare, Manual for Organ Retrieval, Report of Research on Organ Transplantation form Brain Dead Body. Tokyo: Yamamoto; 1999.
 9. Akira Y. *Standard Book of Neurosurgery*, Tokyo: Yamamoto; 2002, 9th edition, pp. 90 – 92.
 10. Anonymous. Ministry of Health Labour and Welfare, Annual Report on Health and Welfare. <http://mhlw.go.jp> (access on: 2008)
 11. Akabayashi A. Finally done – Japan's decision on organ transplantation. *Hastings Cent Rep* 1997; 27(5): 47.
 12. Akabayashi A. Japan's parliament passes brain death law. *Lancet* 1997; 349(9069): 1895.
 13. Awaya T. Testimony at the U.S congress on the transplantation of organs from

- Tokyo: Nihon University; 2000, p. 34 – 41.
29. Anonymous. Religion in Modern Asia Newsletter, Religious Responses to Brain Death issue, Japan.
<http://www.Kokugakuin.ac.jp> (updated on: 1999)
- Tokyo: Chuoh Koron Sha; 1985.
26. Tachibana T, No S. Brain dead person. Tokyo: Chuoh Koron Sha; 1986.
27. Anonymous. Asahi Newspaper, Japanese Poll on Brain Death.
<http://www.Kanazaki.ocm/jpoll/1997/brain death 1997.html> (updated on: 1997)
28. Takasu T. Global Bioethics from Asia Perspectives II, Brain Death Determination for Organ Donation.

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.