مجلة دراسات نفسية ISSN 2353-0324
المجلد: 13 العدد: 01 السنة: 2022 ص ص 416 – 426

التبرع بالأعضاء البشرية بين الرفض والقبول – دراسة نفسو اجتماعية –

Donation of human organs between rejection and acceptance

- Psychosocial study –

د. موسى جنحية*، مخبر تحليل السيرورات الاجتماعية والمؤسساتية، قسنطينة2 (الجزائر)،

moussa.djenhia@univ-constantine2.dz

تاريخ الارسال: 2022/09/29	تاريخ القبول: 2022/10/30	تاريخ النشر: 2022/12/12	المؤلف المرسل: موسى جنحية

الملخص:

هدفت هذه الدراسة إلى البحث في عوامل الرفض والقبول على التبرع بالأعضاء، أين تم اعتماد المنهج العيادي كون الدراسة تحليل لموقف حالات الدراسة من عملية التبرع بالأعضاء، وقد شملت الدراسة 6 حالات تمثلت في 3 حالات رافضة كليا لعملية التبرع، في حين كان النصف الثاني من حالات الدراسة حالات موافقة تماما على التبرع، وذلك من خلال مقابلات نصف توجيهية بغرض البحث، وتحليلها بتقنية تحليل المضمون، ومن خلالها تمثلت أهم النتائج في وجود رفض التبرع بسبب النقص المعرفي لموضوع الدراسة، وأيضا الخوف من المرض والموت وخطر العملية، وفقدان الثقة في القطاع الطبي عند بعض الحالات، بالإضافة إلى إشكالية دينية بين جواز وحرمة التبرع بالعضو، في حين كان القبول يخص حالات ذات تفاؤل إيجابي لموقف التبرع، وهي حالات تميزت بإنسانية وبمستوى ثقافي معرفي لا بأس به ولها نظرة ثقة في كفاءة الأطباء في الجزائر.

الكلمات المفتاحية: التبرع بالأعضاء؛ زراعة الأعضاء؛ الموت الدماغي

Abstract :

This study aimed to investigate the factors of rejection and acceptance of organ donation, where the clinical approach was adopted, as the study analysis the cases of the study for their position on the organ donation process. The study cases are cases that fully agree to donate, through semi-directive interviews for the purpose of research, and analyzed by the content analysis technique, and through which the most important results are represented in the presence of refusal to donate due to lack of knowledge of the subject of the study, and also to fear of disease, death and risk of operation, and loss of confidence. In the medical sector in some cases, in addition to a

* المؤلف المرسل

religious problem between the permissibility and prohibition of organ donation, while the acceptance was related to cases with positive optimism for the attitude of donation, which are humane cases, have a good cultural level of knowledge and have a confident view of the competence of doctors in Algeria.

Keywords: Organ donation; organ transplant; Brain death**.**

مقدمة:

يعتبر الطب حاليا في مرحلة تطور وازدهار مختلف مجالاته وتخصصاته، وبشكل خاص في مجال الجراحة، أين تميز مؤخرا بإجراء عمليات كانت تبدو في وقت سابق شبه مستحيلة، وبالحديث عن هذا التطور يمكن القول أن الطبيب أصبح يمكنه غرس عضو شخص آخر في جسم آخر (في حالة كان العضو تالف وغير قادر على أداء وظيفته)، رغم أن بعض العمليات في هذا المجال كانت تبدو لنا قديمة نوعا ما (منذ بداية القرن التاع عشر) وفي هذا الشأن ذكر لنا **(Ehassani, 2015)** أن أوائل العمليات كانت منذ أو قبل القرن الثالث، ويتضح ذلك من خلال ما وُجد من لوحات ورسومات جدارية تتعلق أساسا بالمشاهد الأولى لزرع الأعضاء أين كانت تقتصر على الذراعين والساقين فقط. **(Ehassani, 2015)**

كما تشير دراسة (**Armelle, 2016**) بأن عمليات زراعة الأعضاء كان لها ظهور قديما في القرن 3م وكان ذلك في سوريا، حيث تمت في ذلك الوقت عملية استبدال عضو متمثل في ساق مصاب بورم سرطاني من طرف أثيوبي متوفى مؤخرا. إن أغلب المحاولات الأولى أو كلها باءت بالفشل وكانت بمثابة ممهد لانطلاق هته العمليات. وقد ذكر (**Bérangére, 2009**) أنه تم اختبار عمليات الزرع الأولى على الحيوانات، وخاصة عمليات زرع الجلد منذ القرن التاسع عشر، ثم في البشر الذين تمت أول عملية زرع ناجحة في عام 1869م.

وحسب ما جاء به (**Ehassani, 2015**) فإن أول عملية لزراعة الأعضاء كانت للفرنسي ماتيو جالوباي **Mathieu jaloubay** سنة 1906 وانتهت كل المحاولات بالفشل رغم أنها محاولات قامت كلها على زرع الكلى من الخنازير أو الماعز، حيث مات مرضى الفشل الكلوي في غضون أيام، وكشفت هذه الإخفاقات أن إحدى العقبات الرئيسية أمام الزرع هو الرفض.

بعد ذلك ومع مرور الوقت وتوالي الأجيال بلغ الطب الزراعة العضوية لكن بما في ذلك الأعضاء الداخلية أيضا، ومن بين ذلك زراعة القرنية ثم زراعة الكلى والكبد وحتى القلب وبالموازاة مع هذا التطور كان هناك محاولات في تطوير الزرع والنقل على الكائن البشري من خلال النقل من الحي أولا والزرع في شخص آخر، ثم بلوغ النقل من المتوفين إلى الأحياء وفي نفس الوقت كانت هناك دراسات في مختلف المجالات التي يمكن أن تكون لها علاقة بهذا الموضوع، مثل الجانب الطبي، الديني، النفسي وغيرها، وذلك لأن كل تلك العوامل تتداخل في التأثير على عمليات زراعة الأعضاء.

أما في الجزائر فقد ذكر كل من (**Boudra et al, 2020**) أن أولى عمليات زراعة الأعضاء كانت سنة 1963 تمثل ذلك في زرع قرنية عين بالمستشفى الجامعي مصطفى باشا بالجزائر العاصمة، تلتها بعد ذلك في سنة

1986 عملية زراعة كلية من متبرع حي بذات المستشفى (مصطفى باشا)، ثم سنة 1987 أيضا عملية زراعة كلية من متبرع حي بالمستشفى الجامعي عبد الحميد ابن باديس بقسنطينة، في حين كانت أول عملية زراعة كلية من متبرع متوفى دماغيا بقسنطينة سنة 2002. وعاشت مدينة قسنطينة بالجزائر وتحديدا المستشفى الجامعي ابن باديس على أكبر عملية زراعة أعضاء تم تنفيذها في الجزائر كان ذلك في 14 – 15 ماي 2019 إذ تم نزع 3 أعضاء (كليتين وكبد) وتم توجيهها إلى الزرع في أماكن مختلفة وفقا لما أمرت به وكالة زراعة الأعضاء الجزائرية.

الوقت الراهن يشهد إمكانية زرع العديد من الأعضاء والأنسجة، لكن ونظرا لأهمية وحساسية هذه العمليات فقد كان لها صدى كبير بين مختلف الميادين والمجالات، وربما يعود ذلك إلى ما تشترطه العملية من ضوابط قانونية وشروط دينية وبشكل أساسي ضرورة توفر العضو (الذي يمكن زرعه)، والذي بدوره يلزم في ذلك وجود متبرع وهذا هو مربط الفرس، إذ يعتبر المتبرع أهم عنصر يتوجب توفره لإتمام عملية نقل العضو، وبغض النظر عن الشروط الطبية أو القانونية وحتى الدينية في ذلك، هناك نقص كبير وندرة في الأعضاء التي يمكن زرعها أي أن النقص أساسا يكون في المتبرعين، لكن ذلك لا ينفي وجود بعض العمليات شهدها مجال الطب، وبالتالي فقد كانت هناك مواقف تبرع قامت بها بعض الحالات لكنها معدودة بالنسبة للمتبرعين المتوفين دماغيا. وتمكنا من الحصول على إحصائيات المستشفى الجامعي ابن باديس بقسنطينة الذي يعتبر من أبرز المؤسسات في عمليات الزرع وطنيا، أين سجلت مصلحة الطب الشرعي في فترة 6 أشهر متفرقة (6أشهر من سنتين) إجراء 15 عملية تبرع للكلى، وقد لوحظ أن كل المقابلات التي تم إجراؤها كانت بين الأقارب، في حين كانت عملية التبرع الأخيرة من متوفى دماغيا منذ سنة 2019.

هناك قائمة انتظار تخص المحتاجين الذين ينتظرون زرع أحد الأعضاء بعد تلفها طبعا، وهي قائمة طويلة على مستوى وكالة زراعة الأعضاء بالجزائر العاصمة، وما يدفعنا للبحث في موضوع رفض التبرع الذي يقابله الموافقة على ذلك، فما هي العوامل والأسباب التي تجعل الفرد يتخذ موقفا (رفض أو قبول) بهذا الشكل؟

1. الإطار المفاهيمي للدراسة:

يعتبر جسم الإنسان كتلة ومجموعة متكاملة بين الأعضاء ومختلف الأنسجة، وهو نفس الشيء فيما يخص وظائفه العضوية، فكل وظيفة هي مكملة لوظيفة أخرى والجسم ككل، ولهذا فحاجة المريض لعضو بغرض الزراعة يكون بعد ظهور أثر على مستوى وظيفي معين، ما يجبر الطبيب على محاولته تسوية ذلك الخلل من خلال عملية الزرع التي بدورها تقوم على ضوابط وضروريات مثل التبرع.

1.1 التبرع بالأعضاء:

التبرع بالأعضاء هو المصطلح الشائع في عمليات زراعة الأعضاء، رغم وجود بعض المصطلحات الأخرى المرادفة مثل حصاد الأعضاء، منح الأعضاء، ...الخ، وفي كل الحالات هو عملية منح العضو بشكل مجاني (دون مقابل)

لشخص آخر بغرض زرعه له، ويكون التبرع بالعضو أو بالنسيج، كما أن التبرع بخص مجموعة معينة من الأعضاء وليست كلها، وفقا لما يشترطه العلم والقانون والدين.

وفي تعريف لـ(**Béraengéré, 2009**) فإن التبرع بالأعضاء هو عملية التخلي عن ملكية شيء معين بشكل مجاني. ولهذا فالتبرع يشترط مجانية العملية وإراديتها بشكل أساسي.

كما أن التبرع قد يكون من الحي إلى الحي أو من المتوفى دماغيا إلى الحي، وبالحديث هنا عن التبرع من الحي إلى الحي يكون من خلال إذن وموافقة المتبرع، ويخص هنا نقل أحد الأعضاء التي لا تلق ضررا كبيرا بالمانح ومثال التبرع هنا يكون للكلية، جزء من الكبد، الجلد ...إلخ، وبالتالي تعود الكلمة الأولى والأخيرة في التبرع إلى الشخص المانح. ويرى (**toufik, 2011**) أن نتائج الزرع طويل الأمد أفضل عند المتبرعين الأحياء المتطابقين بالنسبة لعمليات شبه التطابق HLA.

في حين عند المتبرع المتوفى دماغيا يمكن نقل مجموعة كبيرة من الأعضاء منه ومثل ذلك الكبد، الكليتين، القلب...إلخ، وبالتالي لا يهم إلحاق ضرر المتوفى دماغيا لأنه أصلا ضمن تشخيص المتوفين، في حين يعود أمر المنح أو التبرع إلى المعني أي الشخص المتوفى دماغيا من خلال ما ترك من وصية أو أمر بالمنح والتبرع. وفي حالة عدم وجود وصية لذلك أو أي موقف من المتوفى دماغيا يمكن اعتماد رأي وموقف ولي أمره وفقا لما يأمر به الشرع والقانون، وبالتالي يمكن للمتوفى دماغيا هنا أن يُعتبر ويُسجل متبرعا.

2.1 زراعة الأعضاء:

تتمثل عملية زرع الأعضاء في نقل عضو سليم من جسم شخص سواءً كان حيا أو متوفى دماغيا إلى شخص آخر وغرسه مكان عضوه المصاب أو التالف، وتأتي هذه العملية بعد تشخيص الطبيب المختص، وتأكيده على تلف العضو وضرورة استبداله وزرعه. ويرى في ذلك (**Tréves, 2014**) أن عملية الزرع هي عملية جراحية تقوم على استبدال عضو مريض بعضو سليم.

وفي زرع الأعضاء أنواع مختلفة (الزرع الذاتي، الزرع المتماثل، زرع متجانس)، إذن هي عمليات مهمة ودقيقة جدا كونها تعالج عملية حساسة تعتمد على تناسق طبي وقانوني وشرعي في آن واحد.

3.1 الموت الدماغي:

يعتبر هذا المصطلح من بين المصطلحات الطبية بشكل خاص، وحسب (**Caroline et al, 2008**) فالموت الدماغي هو فشل لا رجعة فيه لوظائف الدماغ بما في ذلك جذع الدماغ، وقد كان مفهومه في الستينات يعرف بأنه سكتة قلبية وتوقف الجهاز التنفسي، وبعد ذلك أصبح يسمى بفشل القلب الذي لا رجعة فيه، ليصبح مؤخرا تحت اسم الموت الدماغي. ولهذا لابد من الفصل بين الغيبوبة والموت الدماغي، فالغيبوبة هي حالة فقدان الوعي مع احتمالية

استيقاظ المريض (وقد يكون الاحتمال قويا أو ضعيفا) في حين أن المتوفى دماغيا يُعنى به استحالة عودة هذا المريض إلى الاستيقاظ مرة أخرى.

2. الإطار المنهجي:

1.2 منهج الدراسة:

تم اعتماد المنهج العيادي (الإكلينيكي) في دراستنا كونه يخدم موضوعنا الذي يركز على تحليل موقف حالات الدراسة من التبرع بالأعضاء، ومدى قابليتهم أو رفضهم لهذا الموقف وبلوغ تفسيرات واستنتاج لذلك.

2.2 حدود الدراسة:

هناك حدود أساسية في إنجاز البحث العلمي من أبرزها الحدود البشرية والمتمثلة في 6 حالات مختلفة بين الموافق والرافض على عملية وموقف التبرع بالأعضاء البشرية، في حين كان إجراء هذه الدراسة (الحدود المكانية) في ولايات مختلفة (قسنطينة (2) – جيجل – ميلة – معسكر – أدرار).

الجدول 1: يمثل خصائص حالات الدراسة

	الحالة 1	الحالة 2	الحالة 3	الحالة 4	الحالة 5	الحالة 6
الجنس	أنثى	ذكر	أنثى	أنثى	ذكر	ذكر
السن	53	36	19	28	41	36
المستوى الدراسي	دراسات عليا	ليسانس	1جامعي	دكتوراه	9 أساسي	9 أساسي
ولاية السكن	قسنطينة	جيجل	ميلة	معسكر	قسنطينة	أدرار
منطقة السكن	مدينة	ريف	ريف	مدينة	مدينة	ريف

2.3 أدوات الدراسة:

- **المقابلة النصف توجيهية:**

اعتمدنا على المقابلة النصف توجيهية بغرض البحث، وذلك حتى يتسنى لنا الحصول على القدر الأكبر من المعلومات التي تخدم موضوع دراستنا، وبالنظر إلى خصوصية الدراسة وموضوعها الذي يبدو حساسا نوعا ما، فقد كان

لابد من اللجوء إلى المقابلة النصف توجيهية كونها تمنح للباحث أيضا بعض الحرية في تسيير المقابلة والتحكم بها وفقا لموضوع البحث وبناءً على محاورها.

- **محاور المقابلة النصف توجيهية:**
  - محور حول معارف الحالات لموضوع التبرع بالأعضاء وزراعتها.
  - محور حول موقف ومدى قابلية حالات الدراسة على التبرع بالأعضاء البشرية.
  - محور حول أسباب ودوافع اتخاذ موقف الرفض أو القبول من التبرع بالأعضاء.

ولتحليل مقابلات هذه الدراسة اعتمدنا على تقنية تحليل المضمون التي تتلخص في ثلاث مراحل أساسية هي (استخراج الوحدات، التحليل الكمي، التحليل الكيفي)، في تقنية تحليل المضمون لابد من تبويب المادة العلمية وتصنيفها وفقا لتقدير الباحث، بعد تصنيفها يلجأ الباحث إلى اعتماد التكرارات المستنتجة في الدراسة ووضع التحليل والتفسير الأنسب لتلك النتائج.

4. النتائج ومناقشتها:

تحليل المقابلة:

في تقنية تحليل المضمون هناك ثلاث مراحل (مرحلة تقسيم المقابلة إلى وحدات ذات معنى، مرحلة التحليل الكمي، مرحلة التحليل الكيفي).

المرحلة الأولى: تم تقسيم مجريات وأطوار المقابلة إلى وحدات ذات معنى.

المرحلة الثانية: جدول يوضح التحليل الكمي (تحويل الوحدات ذات المعنى إلى مؤشرات (فئات) تندرج ضمن محاور تخدم الموضوع.

الجدول 2 : مرحلة التحليل الكمي – تبويب وتصنيف الوحدات –

المحور	الفئات(ف)	التواتر (ك)	النسبة المئوية
رفض بسبب الخوف	الخوف من المرض	15	%25.86
	الخوف من الموت	3	%5.17
	الخوف من الخطر	11	%18.96
	خوف نفسي (غير مبرر)	27	%46.55

	خوف خلق عراقيل في الحياة اليومية	2	%3.44
ف = 5	ك= 58 ⟵ % 23.48		
رفض لأسباب دينية	جهل لموقف الشريعة من التبرع	11	%42.30
	جهل لموقف الدين من زراعة الأعضاء	2	%7.69
	الخوف من تجاوز موقف الشريعة	8	%30.76
	ضرورة وجود لجنة مختصة	5	%19.23
ف = 4	ك= 26 ⟵ %10.52		
رفض لأسباب معرفية "جهل معرفي"	جهل معرفي لعملية التبرع بالأعضاء	8	%15.68
	جهل معرفي لعملية زراعة الأعضاء	10	%19.60
	معرفة بسيطة حول التبرع أو زراعة الأعضاء	10	%19.60
	معرفة جيدة لزراعة الأعضاء	6	%11.76
	معرفة جيدة للتبرع بالأعضاء	12	%23.52
	التبرع بالأعضاء موقف وسلوك جيد	2	%3.92
	دوافع ثقافية للتبرع بالأعضاء	3	%5.88
ف = 7	ك=51⟵ % 20.64		
رفض بين "تفاؤل وتشاؤم"	تفاؤل من عملية التبرع بالأعضاء	7	%58.33
	تشاؤم أو فشل من عملية التبرع بالأعضاء	5	%41.66
ف = 2	ك= 12 ⟵ %4.58		
الإمكانيات وكفاءة الأطباء	نقص الإمكانيات الطبية.	25	%69.44
	عدم كفاءة الأطباء	5	%13.88
	الأطباء لهم كفاءة مهنية	6	%16.66
ف = 3	ك= 36 ⟵ % 14.57		

التبرع بالأعضاء داخل وخارج العائلة	الخوف من مخلفات عملية التبرع خارج العائلة (رفض التبرع)	3	%12.5
	رفض التبرع كليا في المجتمع (حي أو بعد الوفاة)	11	%45.83
	إمكانية التبرع داخل العائلة	7	%29.16
	رفض التبرع داخل العائلة	2	%8.33
	التبرع في العائلة بعد الموت	1	%4.16
ف = 5		ك= 24 ⟵ % 9.71	
التبرع داخل وخارج الجزائر	ناجح في الدول المتقدمة	14	%35
	فاشل في الجزائر	17	%42.5
	تهميش إعلامي للتبرع والزراعة في الجزائر	9	%22.5
ف = 3		ك= 40 ⟵ %16.19	
ك= 247 ⟵ %100			

- **التحليل الكيفي لمقابلات الدراسة:**

من خلال مجريات المقابلة النصف توجيهية مع حالات الدراسة أين تمثل نصف حالات الدراسة حالات رافضة على التبرع بالأعضاء كليا، والنصف الآخر هي حالات موافقة وراضية عن موقف وعملية التبرع بشكل كلي، وكانت لهم عملية منح واقعية وحقيقية. ومن خلال نتائج تحليل المضمون أيضا تبين وجود عدة نقاط مشتركة بين مُجمل حالات الدراسة، حيث يشتركون في نقطة أساسية تتمثل في كون عملية التبرع بالأعضاء أو زراعتها عملية ناجحة في الخارج وفاشلة في الجزائر، وقد اتفقت مجمل حالات الدراسة (الرافضة والموافقة أيضا على التبرع) أن هذا راجع حسب تصريحاتهم إلى العديد من العوامل، أبرزها نقص الإمكانيات الطبية، كون عملية التبرع بالأعضاء وزراعتها عملية دقيقة وحساسة وتحتاج لأدوات ومواد متطورة، وبالتالي عدم توفرها على الأغلب يخلق عراقيل ومعيقات في إتمام العملية.

الحالات الرافضة على التبرع بالأعضاء (3 حالات):

ترى نصف حالات الدراسة وهي التي تمثل عدم الموافقة على عملية التبرع أعضائها أنه لا توجد كفاءة الأطباء الذي بدوره يؤدي إلى الوقوع في أخطاء طبية، وتدل أيضا عبارة انعدام أو غياب الكفاءة الطبية على غياب الخبرة في هذه العمليات، وتراكم هذه العوامل يدفع بالفرد إلى تجنب التفكير في المنح والتبرع، كما يضاعف في خوف الفرد من الخطر و الخوف من الموت، ولقد أشار (**Sillamy, 2003**) لذلك بأن فكرة الموت تثير القلق، رغم كون الطبيب هو مصدر الثقة والأمان. بل ويعتبر دوره كما ذكر (**السباعي و البار، 1993**) هو المحافظة على الصحة، ويتجاوز علاج المرضى وذلك من خلال المشاركة في رفع المستوى الصحي عند أفراد المجتمع سواءً جسديا أو نفسيا أو اجتماعيا.

وكما ذكرنا سابقا تعتبر بعض حالات الدراسة الرافضة للتبرع (3 حالات) أن الطبيب هو مصدر للخطر في عملية نقل العضو بين المتبرع والمتلقي بحجة عدم توفر الكفاءة، كما أن عدم أو انعدام وفقدان الكفاءة بدوره يؤدي بالطبيب إلى الوقوع في الخطأ الطبي والذي وصفه (**جواد، 2018**) بصورتين: الأولى هي إخلال الطبيب بواجباته الإنسانية والأخلاقية الطبية تجاه المريض، والثانية تتمثل في الأخطاء الطبية الفنية المرتبطة بالجانب العلمي الفني.

وتعتقد أيضا أنه هناك أخطاء فنية، أي تخص طريقة إنجاز وإتمام العملية وبالتالي تنتهي بالفشل، وهذا دفع إلى الشعور بالخوف من الإقبال على التبرع بالأعضاء، حيث يعتبر الشعور بالخوف حسب (**Bondofli, 2014**) ذلك التفكير في المواقف المختلفة يترك بدوره مخاوف فردية أو جماعية، وهي مشاعر يمكن اعتبارها سلبية ولها إشارة أو دلالة على تحذير أو تنبيه. كما يلعب الجانب المعرفي (المعلومات، المعرفة) دورا بارزا في رفض التبرع بالأعضاء عند بعض الحالات الرافضة للتبرع، فجهل الشخص لعملية التبرع أو الزراعة له تأثير كبير على رأيه واتجاهه لاحقا. إن التبرع بالأعضاء من العمليات التي لم تمارس التحسيس (دور الإعلام) أو التشجيع في الجزائر، ولم تُقام أيام تحسيسية أو ملتقيات بذلك الشكل الكافي الذي يمكن من خلاله التعريف بالعملية والتشجيع عليها، وبالتالي فهناك جهل لهذا الموضوع، لكن عند بعض هذه الحالات الرافضة نجد وعي ومعرفة جيدة لمثل هذه العمليات، جراء ثقافة الشخص أو اطلاعه على الموضوع، وهنا نتساءل عن سبب رفضه على التبرع بالأعضاء؟ الجواب هو أن الرفض هنا يعود إلى أسباب نفسية أخرى، وسبب هذا الرفض على التبرع سواء في العائلة أو خارجها، كان حي أو ميت، يعود إلى الخوف من مخلفات عملية التبرع، ومن التشوه الجسدي بعد العملية، ومن الموت، الفشل وغيرها...

وتساهم العوامل الدينية في رفع نسبة الرفض مثلما تشهده حالات الدراسة، يتمثل ذلك في الخوف من تجاوز موقف الشريعة، أو جهلهم للموقف الديني سواء حول التبرع بالعضو أو زرعه، وهذا بدوره يعبر عن إشكالية الاختلاف الموجودة في شريعتنا الإسلامية، وقد تم التطرق إلى هذا الاختلاف عند الكثير من الباحثين من بينهم (**صيد، 2019**).

كما هناك من الحالات التي تبدي رفضها على التبرع دون سبب أو تبرير، ويمكن تفسيرها بوجود عزوف ومقاومة ناتجة من الجهاز النفسي، ويكون لذلك علاقة كبيرة بنرجسية الفرد وحبه لصورة جسمه، فالجسد يعتبر علامة الفرد في التميز عند المجتمعات الغربية، وكما ذكر (**Breton, 1990**) يمكن القول أن الجسد له رمزية قيّمة ومنح عضو منه قد يُحدث خللا في تلك الرمزية، فالجسد مرآة لشخصية الفرد، وغالبا ما يكتسب الفرد شخصيته من مقوماته البدنية

والعقلية وغيرها، ولهذا يعتبر الجسم من مقدسات الأجزاء عند الإنسان. وهناك من يُرجع إشكالية رفض التبرع إلى ندرة كثرة الاعتقادات الخاطئة أو العشوائية التي تزيد من رفض عملية التبرع. وبالتالي نجد هناك حالات تشير إلى عوامل الندرة بعبارات علمية تدل على الاطّلاع الجيد للموضوع والمعرفة المثالية له، إذ هناك معتقدات خاطئة وممارسات يخضع لها المجتمع من باب أنثروبولوجيته وعاداته وتقاليده والتي بدورها تخلق عراقيل وحواجز للتبرع. كما كان لحالات الدراسة دور في الإشارة إلى ضرورة التشجيع على التبرع سواء أكان هذا التشجيع إعلاميا، إسلاميا أو طبيا، وضرورة إهمال العادات والتقاليد في المنحى العلاجي.

الحالات الموافقة على التبرع بالأعضاء (3 حالات):

كما تم إجراء مقابلات نصف موجهة مع حالات كانت لها فرصة واقعية على التبرع، وقد تم ذلك بنجاح طبي مميز، لكن ما يهم في هذه الدراسة هي تلك العوامل النفسية والاجتماعية التي دفعت بهم إلى هذه الدرجة من الإيثار والشجاعة، أين يمكن التركيز في موافقتهم على معرفتهم الجيدة بالتبرع أو بزراعة الأعضاء، يمكن القول أن لهم نفس الفكرة حول نجاح العملية في الخارج وكذلك نقص الإمكانيات الخاصة في الجزائر إلى أنه هناك أطباء جيدين كذلك في الجزائر.

وقد ثبت ذلك من خلال قدرتهم على إبداء موافقتهم على المنح. وقد ربط هؤلاء فكرة التبرع بالمعرفة والثقافة التي لديهم من عدة نواحي فالثقافة تتطور وفقا لتأثير البيئة الاجتماعية، وبالتالي لكل مجتمع ثقافته، أما من حيث المعرفة وبشكل خاص من الجانب الديني فهم على معرفة واسعة وجيدة أنه سلوك راقي وإنساني وقد أجازه المشرع الإسلامي، ويعتبر ذلك إيثارا للغير، وقد ذكر في ذلك (**عواد، 2011**) أنه مصطلح يدل على الحب نحو الآخرين، أي أنه سلوك وموقف إيجابي يدل على التعاطف الكبير نحو الغير، ويعتبر هذا نتاج معرفة أو عاطفة أو شعور ناتج عن تجارب أو مكتسبات أو اعتقادات سابقة أو عن إيحاء إيجابي، والذي بدوره يتم من خلال العبارات والأقوال والأفعال التي تحدث تأثيرا قويا في سلوك الفرد وتصرفاته وتخلف أثرا إيجابيا في النفس.

وهذا الأثر هو الذي يدفع إلى التعاطف مع المحتاج للعضو وبالتالي التبرع له. هناك من الحالات التي توافق على التبرع سواء أثناء الحياة أو بعد الوفاة، مع ضرورة الخضوع لقوانين التبرع، وتوضيح موقف الدين من ذلك. وبالتالي فمعرفة موقف المختصين في الدين ومعرفة الموقف الصائب من هاته العملية يكون حافزا للفرد على اتخاذ الموقف الذي يراه أنسب، رغم وجود اختلافات كثيرة بالموضوع من ناحيته الدينية، ومعروف عن الفرد الجزائري اهتمامه بالشريعة الإسلامية في الكثير من المواضيع الحساسة، ولهذا رؤيتنا للتبرع بسبب الاقتناع الديني لهذه العملية أمر منطقي في مجتمعنا.

ومنه يمكن القول أن السبب الأول والأساسي في بلوغ بعض حالات الدراسة وشجاعتهم على التبرع بكل قناعة هو الخلفية العلمية والمعرفية لهم بالموضوع، بالإضافة إلى الأهم وهو مصدر تلك المعارف، فكلما كان المصدر ثقة (طبيب، رجل دين، رجل قانون...) كلما كان لموقف المنح أو التبرع أكثر قناعة وقابلية. كما للبعد العاطفي دور في الدفع إلى التبرع حيث أنه يكون مزيج بين عاطفة الفرد ورغبته في التعاون وفعل الخير، ويكون التعاون في عملية التبرع غالبا داخل الأسرة كون العلاقة الالتحامية الغريزية تتغلب بشكل كبير على أنانية الفرد، في حين يمكن تقليص ذلك في المجتمع باعتبار

التبرع الاجتماعي يمكن أن نتكلم عنه لما يكون المتبرع متوفى دماغيا بشكل أكبر. وهنا يكون الحديث غالبا على الإيثار بنوعيه، الإيثار الذاتي أين تكون هناك انانية ذاتية فيرفض الفرد التبرع ويفضل صحته وسلامته الجسدية والصحية، وهناك إيثار الغية الذي يتمثل في التعاطف مع الغير سواءً كان ذلك داخل الأسرة الواحدة أو حتى في الوسط الاجتماعي.

5.خاتمة:

إن موقف التبرع بالأعضاء البشرية هو موقف وسلوك شائك تصعب الدراسات فيه نظرا لخصوصية الموضوع المتشعبة، فهذا الموضوع يعالج من جوانب مختلفة وكلها متكاملة ومترابطة، حيث يقوم التبرع على مبدأ الإنسانية بالموازاة مع معيار الدين الإسلامي، وكما هو عليه الأمر بالنسبة للقوانين الوضعية التي منحتها الهيئات المختصة في هذا الموضوع، بالإضافة إلى العوامل النفسية والثقافية التي تجلت واتضحت لنا في هذه الدراسة.

يمكن القول أن التبرع بالأعضاء يتجه بشكل أكبر إلى العزوف والرفض على حساب الموافقة والقبول، وهذا ناتج عن العوامل النفسية التي خلقتها البيئة الممثلة لهذا السلوك، ونقصد بذلك الجانب الطبي سواءً من حيث الكفاءة أو من حيث الإمكانيات الطبية اللازمة، بالإضافة إلى أنثروبولوجية المجتمع الجزائري الذي تساند هذا الموقف إلى حد بعيد، كما يلعب دور الطبيب عاملا رئيسيا في إتمام هذه العملية وهو ما يمكن تسميته بثقة الطبيب، بالإضافة إلى غموض الدراسات الفقهية والتشريعية في هذا الموضوع، والاختلافات القائمة بين المذاهب والمجالس الفقهية، وتدعم ذلك خصوصية المجتمع الجزائري الذي يهتم لما يأمر به الدين الإسلامي. وكل ذلك يعززه النقص المعرفي والثقافي في هذا الموضوع، كلما كان الفرد أقل معرفة في الموضوع كلما كانت للمعتقدات والأفكار والسلوكات الشعبية سلطة على موقف الفرد. أما الموافقة والرضا على التبرع فتعود بدرجة أولى لامتلاك معارف حول موضوع التبرع بالأعضاء وزراعتها، وذلك قد يكون من خلال الاطلاع على فتاوي المشايخ والمجالس في هذا الموضوع، أو بعد الاطلاع على قانون الصحة لسنة 2018 الموضح بشكل دقيق لعملية التبرع بالأعضاء وزرعها. أو من مختلف الجوانب التي يمكن أن تخلق للفرد فكرة بإمكانية التبرع أو حتى الاطلاع على هذا الموضوع.

5.المراجع

1- السباعي ,ز .أ &.,البار ,م .ع .(1993) .الطبيب أدبه وفقهه .بيروت :دار الشامية.
2- جواد ,م .(2018) .طبيعة الخطأ الطبي وفق المسؤولية المدنية الطبية .مجلة البحوث القانونية والاقتصادية .164-155 ,
3- صيد ,ر .(2019) .مستجدات نقل الاعضاء من منظور الفقه الإسلامي (دكتوراه) معهد العلوم الاجتماعية، العلوم الأساسية الإسلامية، قسم الفقه الإسلامي ,تركيا :جامعة نجم الدين أربكان.
4- عواد ,م .(2011) .معجم الطب النفسي والعقلي .الأردن :دار أسامة للنشر والتوزيع عمان.
5- Armelle Nicolas-Robin. (2016). Le don d’organes: toujours plus Toujours mieux. These de doctorat de l’universiteparis-saclayprepare a l’université paris-sud. Sciences de l’homme et la société .spécialité de doctorat: Ethique.
6- Béraengéré, D. (2009). Le don d’organes de la mort a la vie (Diplome d'état infirmier). unstitut de formation en soins infermire .
7- Bondofli, G. (2014). Peuranxiété, stress ... pas de panique . Université de Genéve: Université de Genéve Centre de docume,tation en santé.

8- Breton, D. L. (1990). anthropologie du corps et modernité. . France: Presses Universitaires de France: paris.
9- Caroline John, Sophie Kamel, Vincent Dombre, Joao Da Costa Rodrigues, Yann Coattrenec. (2008). Le don d'organes. .
10- Delafosse Béraengéré. (2009). Le don d'organes de la mort a la vie. Travail de Fin d'Étude - Diplôme d'État Infirmier, DELAFOSSE Bérangère Institut de Formation en Soins Infirmiers Centre Hospitalier de Vire Promotion 2006/2009. Téléchargement :https://www.infirmiers.com/pdf/TFE-delafosse-berangere.pdf
11- Elhassani Aniss (2015) : les complications post greffe rénale au cours de la 1ere année de suivi, pour l'obtention du diplôme de spécialité en médecine en néphrologie dialyse, faculté de médecine et de pharmacie, université sidi Mohammed ben Abdellah: Maroc.
12- Sillamy, N. (2003). Dictionnaire de psychologie. Larousse.
13- toufik, M. J. (2011). La transplantation rénale chez l'adulte. par donneur vivant apparente (thése du doctorat). Faculté de medecine et de pharmacie, Maroc: université de sidi Mohammed Ben Abdellah.
14- Tréves, R. (2014). La première greffe d'un membre: une histoire de peinture. CHU Dupuyrien.
15- Z, Boudraa ،H, Derfoul, M, Amiar (2020): prélèvement transplantation d'organes et de tissus en Algérie : cadre juridique et considérations éthiques. 4émes JNML d'Annaba. Les 08 et 09 janvier 2020.