پژوهشی

مقایسه نگرش پزشکان و بیماران در مورد اتانازی در مراکز درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران (۱۳۹۱-۱۳۹۰)

دکتر فخرالدین تقدسی نژاد* - دکتر آرش عکاظی - دکتر محبوبه مقاره زاده اصفهانی*** - دکتر وحید یوسفی نژاد******

* دانشیار گروه پزشکی قانونی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
** استادیار گروه پزشکی قانونی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
*** دستیار پزشکی قانونی، گروه پزشکی قانونی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
**** دستیار پزشکی قانونی، گروه پزشکی قانونی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

چکیده

مقدمه: نگرش پزشکان و بیماران به اتانازی نقش مهمی در رواج قانونی یا فراقانونی چنین عملکردی در بیمارستان‌ها دارد. این مطالعه با هدف تعیین نگرش پزشکان و بیماران در مورد اتانازی در مراکز درمانی وابسته به دانشگاه تهران در سال ۹۱-۹۰، اجرا گردید.

روش‌ها: این مطالعه یک مطالعه توصیفی تحلیلی مقطعی بود. حجم نمونه در هر گروه ۱۰۰ نفر و با روش طبقه بندی تصادفی شده مورد مطالعه قرار گرفتند. داده ها با استفاده از پرسشنامه جمع آوری گردید. داده های بدست آمده توسط نرم افزار SPSS آنالیز شد. در تجزیه داده‌ها از تست‌های آماری Chi- square و t-test استفاده شد.

نتایج: ۷۸٪ از بیماران و ۶۳٪ از پزشکان با انجام حداقل یکی از موارد اتانازی موافق بودند. میزان موافقت با تمام انواع اتانازی داوطلبانه و اجباری به طور معنی داری در گروه بیماران نسبت به گروه پزشکان بیشتر بود ($p < ۰,۰۵$). تفاوت معنی دار آماری بین جنس، تاهل، تحصیلات و سن بیماران با نگرش در مورد انجام اتانازی دیده نشد ($p> ۰,۰۵$). همچنین تفاوت معنی دار آماری بین جنس، نوع تخصص، محل فعالیت، بخش‌های بیمارستانی، سن و سابقه کار پزشکان با نگرش در مورد انجام اتانازی نیز دیده نشد ($p> ۰,۰۵$).

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه نشان داد که اکثریت بیماران و پزشکان شرکت کننده در این مطالعه با انجام یکی از انواع اتانازی موافق بودند و بیماران به میزان بیشتری نسبت به پزشکان با اتانازی موافق بودند. انجام مطالعات آتی جهت روشن ساختن نیازهای آموزشی در این زمینه و تدوین قوانین و مقررات مرتبط در این رابطه توصیه می گردد.

کلمات کلیدی: اتانازی، بیماران، پزشکان، نگرش.

وصول مقاله: ۱۳۹۲/۸/۴ تایید مقاله: ۱۳۹۲/۱۱/۷

نویسنده پاسخگو: تلفن: ۶۶۴۰۵۵۸۸-۰۲۱، dr_mahboob@yahoo.com

مقدمه

در دهه‌های اخیر علت اصلی مرگ و میر از بیماری‌های عفونی حاد به بیماری‌های قلبی عروقی، حوادث و بدخیمی‌ها تغییر یافته است. اگرچه درمان‌های جدید به طور نسبی سبب افزایش طول عمر این بیماران گردیده‌اند، اما اهمیت این امراض به گونه‌ای است که همراه با ناتوانی‌های زیادی برای بیماران و کاهش واضح کیفیت زندگی در آن ها می باشد. از سویی وجود فن‌آوری های جدید مراقبتی در بخش های مراقبت ویژه باعث شده است که بیماران بسیار ناتوان و حتی دچار مرگ مغزی در بخش های مراقبت ویژه به زندگی خود (حداقل در حالت نباتی) ادامه دهند. بسیاری از این بیماران درد و رنج زیادی را بدون امید به بهبودی تحمل می‌کنند و از سوی دیگر هزینه‌های بسیار زیادی نیز ممکن است به خانواده یا نظام سلامت تحمیل گردد. از همین رو در دهه های اخیر بحث قتل از روی ترحم یا اتانازی با ابعاد تازه‌ای مطرح گردیده است. به ویژه آن که با تقویت اصل اتونومی یا

[Downloaded from sjfm.ir on 2025-11-17]

خود آیینی در اخلاق پزشکی نوین، توجه به خواست بیماران در چنین مواردی، شایان تامل به نظر می‌رسد (۱،۲).

اصطلاح اتانازی (euthanasia) از واژه های یونانی (eu) به معنای خوب و کام بخش و واژه‌ی (thanatus) به معنای مرگ مشتق شده است. تقسیم‌بندی مطرح شده برای اتانازی عبارت است از اتانازی فعال داوطلبانه و غیر داوطلبانه و اتانازی غیرفعال داوطلبانه و غیر داوطلبانه. اتانازی فعال غیرداوطلبانه عبارت از این است که درخواست پایان دادن به زندگی فرد فاقد ظرفیت تصمیم‌گیری از طرف افراد جایگزین به تیم درمانی ارایه شود. معمولا این تصمیم توسط تیم پزشکی، کمیته اخلاق پزشکی، خانواده بیمار یا قاضی گرفته می‌شود (۳). از سویی یکی از مهم‌ترین مباحثی که تمامی ادیان الهی به آن پرداخته‌اند، مساله مرگ می‌باشد. در تمامی ادیان به آرامش و آسایش فردی که مرگ وی نزدیک است توجه خاصی شده است (۴). در محتوای تمامی ادیان الهی به ممنوعیت قتل نفس اشاره شده است و با توجه به این مساله، اتانازی نوعی قتل به شمار می آید و لیکن آن چه مورد تایید و تاکید تمامی ادیان است مراقبت مطلوب و توجه به آرامش بیمار در مراحل انتهایی حیات می‌باشد (۵، ۴).

بر اساس تعالیم اسلامی نیز قرآن اجازه مرگ داوطلبانه را به افراد نمی‌دهد (۶). با این حال فشار فزاینده‌ای برای حل این مساله وجود دارد که آیا پزشکان و سایر افراد کادر درمانی می‌توانند در شرایط خاص و یا در مقابل درخواست بیماران یا خانواده در ایجاد مرگ بیماران سهیم گردند یا باید به طور کلی از این مساله دوری گزینند (۲). هم اکنون در برخی کشورهای جهان و سه ایالت از ایالات متحده آمریکا اتانازی به شکل قانونی انجام می شود. انجام اتانازی فعال در کشورهای سوئد، نروژ، دانمارک، هلند، بلژیک و لوگزامبورگ به صورت قانونی انجام می شود (۷). در کل بحث خاتمه حیات و موضوع قطع درمان‌های نگه دارنده حیات در بیماران در حال یا در شرف مرگ از جمله ده چالش عمده اخلاقی در حوزه پزشکی محسوب می گردد (۸). دو گروه عمده درگیر در موضوع اتانازی بیماران و پزشکان در راس کادر درمانی هستند که بررسی نگرش آنها به این پدیده نقش مهمی در رواج قانونی یا فرا قانونی چنین عملکردی در بیمارستان ها دارد. نبود یک قانون منسجم، کامل و کارآمد نسبت به تمام جنبه‌های مساله اتانازی نیز دلیل دیگری بر لزوم انجام یک بررسی در مورد نگرش پزشکان و بیماران به این مساله است. تحقیقات انجام شده در این زمینه در کشورهای غربی با توجه به اختلافات فاحش فرهنگی و دیدگاه‌های اعتقادی آنان قابل تعمیم به کشور ما نیست (۹،۱۰). مطالعات انجام شده در سایر کشورهای اسلامی نیز نمی تواند آینه تمام نمایی از وضعیت و نیاز های کشور ما باشد (۱۱). مطالعات معدودی نیز در سطح کشور در این زمینه به انجام رسیده است (۲،۱۲،۱۳، ۱). مطالعه حاضر با هدف تعیین نگرش پزشکان و بیماران در مورد اتانازی در مراکز درمانی وابسته به دانشگاه تهران در سال ۱۳۹۱-۱۳۹۰ طراحی گردید.

روش بررسی

این مطالعه یک مطالعه توصیفی تحلیلی مقطعی بود. جامعه آماری این مطالعه شامل تمامی پزشکان شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران و تمامی بیماران بستری در این بیمارستان‌ها بود. حجم نمونه بر اساس فرمول بر آورد یک صفت در یک جامعه برای هر دو گروه محاسبه شد. با توجه به مطالعات قبلی شیوع برای پزشکان ۰/۷ و برای بیماران ۰/۶، α = ۰/۰۵ و d= ۰/۱ در نظر گرفته شد که تعداد پزشکان مورد نیاز ۸۰ نفر و بیماران مورد نیاز برای ورود به مطالعه ۹۲ نفر محاسبه شد که در هر گروه ۱۰۰ نفر مورد مطالعه قرار گرفتند. در این مطالعه نمونه‌گیری به روش تصادفی طبقه‌بندی شده بر اساس نسبت پزشکان شاغل در هر بیمارستان (بیمارستان امام، بهارلو و حضرت رسول) و تعداد تخت‌های آن بیمارستان و سپس در داخل هر طبقه بر اساس نمونه‌گیری تصادفی منظم نمونه‌گیری بعمل آمد. پس از توضیح اهداف طرح و کسب رضایت شفاهی نمونه پرسشنامه مطالعه به آنها تحویل شده و پس از تکمیل جمع آوری می گردد. در مورد بیماران بیسواد تکمیل پرسشنامه توسط پرسشگر آموزش دیده صورت گرفت. نمونه ها در هر زمان از تکمیل پرسشنامه که تمایل به ادامه نداشتند می توانستند از مطالعه خارج شوند. ابزار مورد استفاده در این مطالعه پرسشنامه تهیه شده توسط محقق بود که پایایی (آلفای کرونباخ ۰/۷۱) آن قبل از انجام مطالعه در گروه پایلوت تعیین شد. اطلاعات دموگرافیک سن و جنس ، سطح تحصیلات، سابقه کار ، بخش محل فعالیت، بخش بستری و .. نیز در پرسشنامه جداگانه‌ای ثبت گردید.

در این مطالعه اطلاعات کاملا محرمانه تلقی شده و شرکت کنندگان در مطالعه مختار بودند در صورت تمایل در هر مرحله از تکمیل پرسشنامه از مطالعه خارج شوند.

داده‌های بدست آمده توسط نرم افزار SPSS آنالیز شد. در تجزیه داده ها مقدار فراوانی و انحراف معیار محاسبه شد. در قسمت آمار استنباطی جهت بررسی توزیع نرمال متغیرهای کمی از تست کولموگراف اسمیرنف و جهت تحلیل داده ها از آزمون‌های Chi-square و t-test استفاده شد.

نتایج

بر اساس یافته‌های این مطالعه در دوره زمانی انجام مطالعه تعداد ۲۰۰ مورد (شامل ۱۰۰ پزشک و ۱۰۰ بیمار) وارد مطالعه شدند. در گروه بیماران ۵۴ مورد (۵۴٪) زن، ۶۴ مورد (۶۴٪) متاهل، ۲۴ مورد (۲۴٪) دانشجو یا محصل و ۴۳ مورد (۴۳٪) دارای تحصیلات لیسانس و بالاتر بودند. میانگین سنی نمونه ها در گروه بیماران ۱۱٫۶۰±۳۲٫۵۰ سال (دامنه ۶۹-۱۸ سال) بود.

[Downloaded from sjfm.ir on 2025-11-17]

جدول ۱- مقایسه نگرش دو گروه بیماران و پزشکان در زمینه انواع اتانازی در بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران

		بیماران		پزشکان		معنی داری
		فراوانی	درصد نسبی	فراوانی	درصد نسبی	
اتانازی فعال داوطلبانه	موافق	۶۲	۶۲/۰	۲۷	۲۷/۰	p= ۰/۰۰۰
	مخالف	۳۸	۳۸/۰	۷۳	۷۳/۰	
اتانازی فعال غیر داوطلبانه	موافق	۱۸	۱۸/۰	۱۵	۱۵/۰	p= ۰/۵۶۸
	مخالف	۸۲	۸۲/۰	۸۵	۸۵/۰	
اتانازی فعال اجباری	موافق	۱۱	۱۱/۰	۰	۰/۰	p= ۰/۰۰۱
	مخالف	۸۹	۸۹/۰	۱۰۰	۱۰۰/۰	
اتانازی غیر فعال with holding داوطلبانه	موافق	۴۸	۴۸/۰	۳۴	۳۴/۰	p= ۰/۰۴۴
	مخالف	۵۲	۵۲/۰	۶۶	۶۶/۰	
اتانازی غیر فعال with holding غیر داوطلبانه	موافق	۱۹	۱۹/۰	۲۲	۲۲/۰	p= ۰/۵۹۹
	مخالف	۸۱	۸۱/۰	۷۸	۷۸/۰	
اتانازی غیر فعال with holding اجباری	موافق	۱۵	۱۵/۰	۱	۱/۰	p= ۰/۰۰۰
	مخالف	۸۵	۸۵/۰	۹۹	۹۹/۰	
اتانازی غیر فعال Cessation داوطلبانه	موافق	۵۱	۵۱/۰	۳۰	۳۰/۰	p= ۰/۰۰۲
	مخالف	۴۹	۴۹/۰	۷۰	۷۰/۰	
اتانازی غیر فعال Cessation غیر داوطلبانه	موافق	۲۱	۲۱/۰	۲۴	۲۴/۰	p= ۰/۶۱۱
	مخالف	۷۹	۷۹/۰	۷۶	۷۶/۰	
اتانازی غیر فعال Cessation اجباری	موافق	۱۴	۱۴/۰	۱	۱/۰	p= ۰/۰۰۰
	مخالف	۸۶	۸۶/۰	۹۹	۹۹/۰	
اتانازی غیر مستقیم	موافق	۳۶	۳۶/۰	۱۵	۱۵/۰	p= ۰/۰۰۱
	مخالف	۶۴	۶۴/۰	۸۵	۸۵/۰	

میانگین سنی نمونه‌ها در گروه پزشکان ۳۶٫۰۹±۷٫۶۲ سال (دامنه ۵۷-۲۴ سال) و میانگین سابقه کاری آنها ۸٫۶۲±۶٫۶۰ سال (دامنه ۳۱-۰٫۵ سال) بود. ۵۸٪ پزشکان فقط در بخش دولتی فعالیت داشتند و ۴۷٪ آنها در بخش اورژانس فعالیت داشتند.

در گروه بیماران ۷۸ مورد (۷۸٪) و در گروه پزشکان ۶۳ مورد (۶۳٪) با انجام حداقل یکی از موارد اتانازی موافق بودند. ۴۸ مورد (۴۸٪) بیماران نیز با انجام اتانازی در خود در صورت بی تاثیر بودن درمان ها و وجود بیماری لاعلاج، موافق بودند.

بیشترین اتانازی مورد موافقت گروه بیماران اتانازی فعال داوطلبانه (۶۲٪) و بیشترین اتانازی مورد موافقت گروه پزشکان اتانازی غیر فعال داوطلبانه با قطع اقدامات درمانی (۳۴٪) بود. در جدول ۱ نگرش دو گروه در مورد انواع اتانازی مقایسه شده است.

۵٪ بیماران و صفر درصد پزشکان با تمام انواع اتانازی فعال موافق و ۲۸٪ بیماران و ۶۳٪ پزشکان با تمام انواع اتانازی فعال مخالف بودند. ۴٪ بیماران و ۴۸٪ پزشکان با تمام انواع اتانازی غیر فعال با عدم آغاز اقدامات درمانی موافق بودند، همچنین ۳۵٪ بیماران و ۵۲٪ پزشکان با تمام انواع اتانازی غیر فعال با عدم آغاز اقدامات درمانی مخالف بودند. ۵٪ بیماران و ۴۴٪ پزشکان با تمام انواع اتانازی غیر فعال با قطع اقدامات درمانی موافق و ۳۴٪ بیماران و ۵۶٪ پزشکان با تمام انواع اتانازی غیر فعال با قطع اقدامات درمانی مخالف بودند.

میزان موافقت با اتانازی فعال داوطلبانه و اجباری به طور معنی داری در گروه بیماران نسبت به گروه پزشکان بیشتر بود (به ترتیب با ۰٫۰۰۰ =p و ۰٫۰۰۱ =p) اما تفاوت معنی داری بین دو گروه از نظر اتانازی فعال غیر داوطلبانه دیده نشد.

[Downloaded from sjfm.ir on 2025-11-17]

میزان موافقت با اتانازی غیر فعال داوطلبانه با عدم آغاز اقدامات درمانی (with holding) و غیـر فعال اجباری با عدم آغـاز اقدامات درمانی به طور معنی‌داری در گروه بیماران نسـبت به گروه پزشـکان بیشتر بود (بـه ترتیب با p= ۰٫۰۴۴ و p= ۰٫۰۰۰) اما تفـاوت معنی‌داری بین دو گروه از نظر اتانازی غیر فعال غیر داوطلبانه با عدم آغاز اقدامات درمانی دیده نشد.

میـزان موافقت با اتانـازی غیرفعال داوطلبانه با قطـع اقدامات درمانی (Cessation) و غیرفعـال اجبـاری بـا قطـع اقدامات درمانـی به طور معنی‌داری در گروه بیماران نسـبت به گروه پزشـکان بیشـتر بود (به ترتیب با p= ۰٫۰۰۲ و p= ۰٫۰۰۰) اما تفاوت معنی داری بین دو گروه از نظر اتانازی غیر فعال غیر داوطلبانه با قطع اقدامات درمانی دیده نشد. همچنیـن میـزان موافقـت بـا انجـام اتانازی غیرمسـتقیم بـه طور معنـی‌داری در گـروه بیماران نسـبت به گروه پزشـکان بیشـتر بود (p= ۰٫۰۰۱).

تفـاوت معنی‌دار آماری بین جنس، تاهل، تحصیلات و سـن بیماران با نگرش در مورد انجام اتانازی دیده نشـد (p> ۰٫۰۵). همچنین تفاوت معنـی دار آماری بین جنس، نوع تخصـص، محل فعالیت، بخش های بیمارستانی، سـن و سابقه کار پزشکان با نگرش در مورد انجام اتانازی دیده نشد (p> ۰٫۰۵).

میـزان موافقت بـا اتانازی صرفا با درخواسـت بسـتگان در بیمار غیر هوشـیار به طور معنی داری در گروه بیماران نسـبت به گروه پزشکان بیشـتر بود (۴۷٪ در مقابـل ۲۹٪) (p= ۰٫۰۰۹) اما تفاوت معنی‌داری بین دو گروه از نظر موافقت با اتانازی صرفا با درخواسـت بسـتگان در بیمار هوشیار دیده نشد (p= ۰٫۵۷۹).

میزان موافقت با اتانازی صرفا با درخواسـت بیمار در بیمار هوشـیار به طور معنی داری در گروه بیماران نسـبت به گروه پزشـکان بیشتر بود (۶۱٪ در مقابل ۳۶٪) (p= ۰٫۰۰۰).

میزان موافقت با اتانازی "صرفا با درخواسـت بیمار و خانواده" و "صرفا با درخواسـت خانواده" در بیمار هوشیار در دو گروه تفاوت معنی داری نداشت (p> ۰٫۰۵).

میـزان موافقت با اتانـازی "صرفا با درخواسـت خانـواده" و "صرفا با درخواسـت پزشـک" در بیمار هوشـیار در دو گروه تفاوت معنی‌داری نداشت (p> ۰٫۰۵).

میزان موافقت با اتانازی صرفا با درخواست پزشک در بیمار غیر هوشیار در دو گروه تفاوت معنی داری نداشـت (p= ۰٫۳۴۵). اما میزان موافقت با اتانازی صرفا با درخواست خانواده در بیمار غیر هوشیار به طور معنی داری در گروه بیماران نسـبت به گروه پزشـکان بیشـتر بود (۴۸٪ در مقابل ۳۳٪) (p= ۰٫۰۳۱).

تفـاوت معنی داری بیـن نگرش بیمـاران و پزشـکان در زمینه تاثیر طولانـی بودن بیماری، هزینـه درمان، تاثیر درد و عـوارض بیماری و تاثیـر لاعلاج بودن بیماری بر روی تصمیم به انجام اتانازی دیده شـد (p< ۰٫۰۵)، امـا تفاوت معنـی داری در نگرش دو گروه در زمینه تاثیر سن بیمار بر روی تصمیم برای انجام اتانازی دیده نشد (p= ۰٫۱۴۳).

بحث

در ایـن مطالعه درصـد بالایی از بیماران با انجـام اتانازی موافق بودند (۷۸٪) که این امر ممکن اسـت ناشـی از بالاتر بودن سطح تحصیلات نمونـه هـا و کمتر بودن میانگین سـنی آنها در این مطالعه از یکسـو و همچنیـن افزایـش آگاهی در زمینه اتانازی در طی سـال های اخیر باشد، گرچه تفاوت معنی‌داری بین موافقت با اتانازی و سطح تحصیلات در مطالعه ما دیده نشـد، اما به نظر می‌رسـد افزایش سطح تحصیلات می‌توانـد تا حـدودی باورهای فرهنگـی و حتی مذهبی افـراد را نیز دسـتخوش تغییر نماید. در مطالعه قبلی انجام شـده در کشور توسط آرامش و همکاران (۱۲) که در سـال ۸۸ به بررسی نگرش بیماران در بیمارسـتان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران در زمینه اتانازی پرداخته بودند نیز رابطه معنی‌داری بین سـواد و درخواسـت اتانازی پیدا نشد. این در حالیسـت که در آن مطالعه نیز ۴۰٪ بیماران دارای تحصیلات دانشـگاهی بودند. اما در مقایسه با آن مطالعه، نمونه‌های شرکت‌کننده در مطالعه ما جوانتر بودند به گونه‌ای که ۸۱٪ از بیماران شرکت کننده در مطالعـه ما زیر ۴۰ سـال بودند در حالیکه این رقـم در آن مطالعه ۵۷٫۱٪ بود. با این حال در مطالعه انجام شـده توسـط van Wijam و همکارانـش در هلنـد بر روی افراد آلمانی زبان هلند، نتایج نشـان داد که افزایش تمایل به اتانازی با افزایش سـطح تحصیلات افراد همراهی دارد (۱۴).

علیرغـم موافقـت ۷۸٪ از بیماران با انجام یکی از انـواع اتانازی اما در پاسـخ به سوال مسـتقیم به انجام اتانازی در خود فرد، ۴۸٪ بیماران با انجام اتانازی در خود موافق بودند که به نظر می‌رسـد، بین وجود این تفکر با اجرایی شدن آن در افراد و به عینیت در آمدن آن فاصله زیادی وجود دارد، لذا به نظر می‌رسـد ابراز تمایل بـه اتانازی در افراد قبل از قرارگیری در شـرایط واقعی نمی‌تواند ملاکی برای پیش بینی نظر فرد در شـرایط واقعی بوده و ممکن است با ایجاد آن شرایط فرد تمایلی به انجام اتانازی نداشته باشد.

در مطالعه ما بیشترین اتانازی مورد موافقت گروه بیماران، اتانازی فعال داوطلبانه (۶۲٪) بود، در حالیکه در مطالعه انجام شـده توسط آرامش و همکاران (۱۲) در کشـورمان، مطالعه انجام شـده توسط Pousset و همـکاران در بلژیـک (۱۵) و مطالعه انجام شـده توسـط Carter و همـکاران در اسـترالیا (۱۶)، اتانازی غیر فعال داوطلبانه بیشـتر مورد پذیرش بیماران بوده است.

ممکن اسـت سن پایین‌تر نمونه‌های این مطالعه در انتخاب روش فعال اتانـازی موثر بوده باشـد و در صورت قرارگیـری در چنین وضعیتی با توجـه به جوانتر بـودن افراد، تمایل به انجام سـریعتر اتانازی به روش فعال و با اقدام پزشک وجود داشته باشد.

از نتایج دیگر این مطالعه اتفاق نظر بیماران در مورد ارجحیت نظر خود

[Downloaded from sjfm.ir on 2025-11-17]

بیمار در مورد انجام اتانازی در بیماران هوشـیار (۶۱٪) و ارجحیت نظر خانواده در بیمار غیر هوشـیار (۴۸٪) بود. این مطلب با نتایج مطالعات قبلی انجام شـده هماهنگی دارد (۱۲،۱۷). همچنین میزان موافقت با تمام انواع اتانازی داوطلبانه به طور معنی داری در گروه بیماران نسبت به گروه پزشـکان بیشـتر بود. با توجه به نتایج مطالعه به نظر می رسد اعتقاد بیماران شـرکت کننده در این مطالعه بر این باشـد که در اکثر موارد تصمیم به انجام اتانازی در بیمار هوشیار بر عهده خود بیمار و در بیمار غیر هوشـیار بر عهده خانواده باشد و انتظار دارند در صورت اخذ این تصمیم گروه پزشکی نیز به صورت فعال به انجام اتانازی بپردازد.

در این مطالعه مهـم ترین عامل از دیدگاه بیماران برای تصمیم گیری در مـورد اتانازی درد و عوارض جانبی بیمـاری (۶۹٪) و لاعلاج بودن بیمـاری (۷۳٪) بود که این یافته با نتایج مطالعه Pousset و همکاران در بلژیک (۱۵) و Voogt و همکاران (۱۸) در هلند هماهنگی دارد. کم اثـر ترین عامل در تصمیم گیری برای اتانازی از دیدگاه بیماران هزینه درمان (۴۳٪) و سن بیمار بود (۴۲٪).

در این مطالعه ارتباط معنی داری بین جنس، تاهل، تحصیلات و سـن بیماران با نگرش در مورد انجام اتانازی دیده نشـد ($p> ۰/۰۵$) که این یافته با نتایج مطالعه قبلی انجام شده در کشور (۱۲) هماهنگی دارد.

در گروه پزشـکان ۶۳٪ با انجـام حداقل یکی از مـوارد اتانازی موافق بودنـد. مطالعات قبلی ارقـام مختلفی را در مورد موافقت پزشـکان با اتانازی نشـان داده‌اند، در مطالعه قبلی انجام شده در کشور که بر روی انترن های پزشـکی دانشـگاه تهران انجام شده است، میزان موافقت با اتانازی ۴۶٪ بود (۲)، که مقایسه نتایج آن مطالعه با مطالعه حاضر می تواند نشـان دهنده افزایش تمایل به اتانازی با افزایش سابقه کار و بعد از فارغ التحصیلی در پزشکان باشد گرچه برخی مطالعات نشان داده‌اند که با افزایش سـابقه کار در دانشـجویان پزشـکی نگرش آنها در مورد اتانازی تغییر کرده و به سـمت مخالفت شیفت پیدا می کند (۱۰). در مطالعه مروری انجام شده در ایالات متحده در سال ۲۰۰۲، ۵۶/۶ درصد پزشـکان آمریکایی با انجام اتانازی در بیماران موافق بودند (۱۹) که تا حدود زیادی با مطالعه ما هماهنگی دارد. اما بررسـی نگرش پزشـکان در دو مرکز پزشـکی در لندن نشان داد که میزان موافقت با اتانازی در یکـی از مراکز ۸۰٪ و در مرکز دیگـر ۵۲٪ بود (۲۰). در مطالعه انجام شـده در هنگ کنگ در سـال ۲۰۰۵ (۲۱)، ۴۳٪ پزشـکان حاضر در مطالعـه با اتانازی موافـق بودند و در مطالعه انجام شـده در هلند این میزان ۵۶٪ بود (۲۲). اما در مطالعات انجام شده در سودان و پاکستان به ترتیب تنها ۱۵ و ۱۵/۳٪ پزشـکان با اتانازی موافقت داشـتند (۲۴، ۲۳). به نظر می‌رسـد، تنـوع در میزان موافقت پزشـکان با اتانازی در کشـورهای مختلف جدای از سـبک های اخلاق پزشـکی حاکم بر هر کشـور، می‌تواند تحت تاثیر مسـایل اعتقـادی، اجتماعی و فرهنگی و همچنین دیدگاه‌های قانونی حاکم در زمینه اتانازی در آن کشور باشد. در مطالعه دیگری نیز که توسـط آرامش و همکاران در زمینه بررسـی نگرش پرستاران بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی تهران در زمینه اتانازی در سـال ۸۸-۸۷ انجام شد (۱)، ۶۴ درصد مخالف اتانازی فعال داوطلبانـه، ۵۰٪ مخالف اتانـازی فعال غیر داوطلبانـه و ۵۸٪ مخالف اتانازی غیر فعال داوطلبانه بودند.

در این مطالعه بیشترین اتانازی مورد موافقت پزشکان، اتانازی غیر فعال داوطلبانه بود (۳۴٪) که با نتیجه مطالعه قبلی انجام شده در کشورمان (۱۲) هماهنگی دارد. در مقایسه نظر پزشکان با بیماران شرکت کننده در مطالعه مشـاهده می‌شـود که هر دو گروه بـر روی داوطلبانه بودن اتانازی توافق داشـته اما پزشـکان بر خلاف بیماران معتقدند که اقدام فعالی از جانب پزشـک نباید در این زمینه صورت گیرد، که این امر با روح حرفه پزشکی هماهنگی بیشتری دارد.

تفاوت معنی‌دار آماری بین جنـس، نوع تخصص، محل فعالیت، بخش های بیمارسـتانی، سـن و سابقه کار پزشـکان با نگرش در مورد انجام اتانازی نیز دیده نشـد ($p> ۰/۰۵$) در مطالعه انجام شده توسط آرامش و همکاران (۱۲) بر روی انترن های پزشکی نیز ارتباط معنی داری بین سـن و جنس نمونه ها با نگرش در مورد اتانازی دیده نشد. در مطالعه آرامش و همکاران در پرسـتاران بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی تهران (۱) نیز ارتباط معنی داری بین جنس، سن، بخش محل خدمت، سـطح تحصیلات با نگرش در زمینه اتانازی دیده نشد، تنها عامل موثر معنـی دار بر روی نگرش پرسـتاران در مورد تمام انـواع اتانازی مدت زمـان خدمت بود؛ به طوری که با افزایش سـابقه‌ی خدمت مخالفت با اتانازی کمتر دیده می شـد، اما در مطالعه ما ارتباطی بین سـابقه کار پزشکان و نگرش در زمینه اتانازی دیده نشد.

در کل بـر اسـاس نتایج مطالعه حاضـر به نظر می رسـد درصد قابل توجهـی از بیماران و پزشـکان با انجام اتانازی موافق هسـتند اما نوع اتانـازی مورد موافقـت در دو گروه متفاوت بوده و پزشـکان بر خلاف بیماران که بیشـتر خواسـتار اتانازی فعال داوطلبانه بودند، تمایلی به انجـام اتانازی فعال ندارند. از سـویی به نظر می رسـد موافقت عینی بیماران برای انجام اتانازی، در شـرایط واقعی کمتر از میزان ابراز شده اولیه باشد و در مراحل مختلف بیماری ممکن است نظر بیمار در زمینه انجام اتانازی دسـتخوش تغییر گردد. به نظر می رسد انجام مطالعه بر روی بیمـاران در مراحل انتهایی (end stage) و یا خانواده‌های بیماران بد حال بسـتری در بخش های مراقبت ویژه در زمینه نگرش در مورد اتانـازی نتایج نزدیکتری به واقعیـت را منعکس کرده و داده های قابل ارزیابی بیشتری را فراهم نماید.

از محدودیت‌های این مطالعه عدم امکان ارزیابی سطح اعتقادات دینی و مذهبـی نمونه‌های مورد مطالعه بود چرا که به نظر می‌رسـد که این متغیر یکی از متغیرهای تاثیر گذار در تمایل برای انجام اتانازی باشـد کـه این امـر در مطالعات قبلی نیز مورد تاکید قرار گرفته اسـت (۲۶، ۲۵)، لذا پیشـنهاد می شـود کـه در مطالعات آتی ارتباط بین سـطح اعتقـادات مذهبی افراد و پزشـکان با تمایل آن ها بـرای انجام اتانازی نیز بررسی گردد.

[Downloaded from sjfm.ir on 2025-11-17]

نتیجه‌گیری

در کل بر اساس نتایج مطالعه حاضر به نظر می‌رسد درصد قابل توجهی از بیماران و پزشکان با انجام اتانازی موافق هستند اما نوع اتانازی مورد موافقت در دو گروه متفاوت بوده و پزشکان بر خلاف بیماران که بیشتر خواستار اتانازی فعال داوطلبانه بودند، تمایلی به انجام اتانازی فعال ندارند. از سویی به نظر می رسد موافقت عینی بیماران برای انجام اتانازی، در شرایط واقعی کمتر از میزان ابراز شده اولیه باشد و در مراحل مختلف بیماری ممکن است نظر بیمار در زمینه انجام اتانازی دستخوش تغییر گردد. انجام مطالعه بر روی بیماران در مراحل انتهایی (end stage) و یا خانواده های بیماران بد حال بستری در بخش های مراقبت ویژه در زمینه نگرش در مورد اتانازی پیشنهاد می‌گردد چرا که می‌تواند نتایج نزدیکتری به واقعیت را منعکس کرده و داده‌های قابل ارزیابی بیشتری را فراهم نماید.

تشکر و قدردانی

این مطالعه در قالب پایان نامه دکتر محبوبه مقاره‌زاده اصفهانی جهت کسب دکترای تخصصی پزشکی قانونی و با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران به انجام رسیده است. نویسندگان مقاله بدین ترتیب مراتب تشکر و قدردانی خود را نسبت به تمامی بیماران و پزشکانی که در اجرای مطالعه همکاری داشتند، ابراز می‌دارند.

References

1- Rastegari Najaf abadi H, Sedaghat M, Saedi Teharani S, Aramesh K. Euthanasia: nurses perspective in teaching hospitals of Tehran University of Medical Sciences. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2010; 3 (5): 37-44. [Persian]

2- Tavoosiyan A, Sedaghat M , Aramesh K. Euthanasia: assessment of medical students' perspective. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2009; 3 (1): 43-51. [Persian]

3- Parsapour A, Hemmati Moghaddam A, Parsapour MB , Larijani B. Euthanasia: ethical explanation and analysis. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2008; 1 (4): 1-12. [Persian]

4- Sachedina A, End-of-life: the Islamic view. Lancet .2005; 366 (9487): 774-9.

5- Hemmati AR, Parsapour A. Writing about euthanasia. Medical Ethics and History of Medicine. Research Center, Tehran University of Medical Sciences: 2006; 3-62. [Persian]

6- Aramesh K, Shadi H. Euthanasia: an Islamic ethical perspective. Iran J Allergy Asthma Immunol 2007; 6: 37-40. [Persian]

7- Anonymous. Euthanasia. URL: http://en.wikipedia.org/wiki/euthanasia. (accessed on 2011).

8- Breslin JM, MacRae SK, Bell J, Singer PA. Top 10 health care ethics challenges facing the public: view of Toronto bioethicist. BMC Med Ethics 2005; 6: E5.

9- Malcolm H Parker, Colleen M Cartwright and Gail M Williams. Impact of specialty on attitudes of Australian medical practitioners to end-of-life decisions Malcolm H Parker, Colleen M Cartwright and Gail M Williams. MJA 2008; 188 (8): 450-456.

10- Gruber PC, Gomersall CD, Joynt GM, Lee A, Tang PY, Young AS, Yu NY, Yu OT. Changes in medical students' attitudes towards end-of-life decisions across different years of medical training. J Gen Intern Med. 2008 ;23(10):1608-14. Epub 2008 Jul 17.

11- Ahmed AM, Kheir MM. Attitudes towards euthanasia among final-year Khartoum University medical students. East Mediterr Health J 2006; 12 (3-4): 391-7.

12- Hassanzade Haddad A, Rastegari H, Sedaghat M, Saeedi Tehrani S , Aramesh K. Evaluating patients view about euthanasia in TUMS hospitals. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2010;4:33-41. [Persian]

13- Kazemiyan A. Evaluating physicians points of view about terminally ill patients. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2008; 1(2):61-68. [Persian]

14- van Wijmen MP, Rurup ML, Pasman HR, Kaspers PJ, Onwuteaka-Philipsen BD. Advance directives in the Netherland: an empirical contribution to

[Downloaded from sjfm.ir on 2025-11-17]

the exploration of a cross-cultural perspective on advance directives. Bioethics .2010; 24:118-26.

15- Pousset G, Bilsen J, De Wilde J, Benoit Y, Verlooy J, Bomans A, et al. Attitude of adolescent cancer survivors toward end-of-life decisions for minors. Pediatrics .2009; 124: 1142-8.

16- Carter GL, Clover KA, Parkinson L, Rainbird K, Kerridge I, Ravenscroft P, et al. Mental health and other clinical correlates of euthanasia attitudes in an Australian outpatient cancer population. Psychooncology 2007; 16: 295-303.

17- Moss AH, Hozayen O, King K, Holley JL, Schmidt RJ. Attitude of patients toward cardiopulmonary resuscitation in the dialysis unit. AM J kidney 2001; 38: 847-52.

18- Voogt E, van der Heide A, van Leeuwen AF, Visser AP, van de Eijt CC, van der Maas PJ. Attitudes of patients with incurable cancer toward medical treatment in the last phase of life. J Clin Oncol 2005; 23: 2012-9.

19- Emanuel EJ. Euthanasia and physician-assisted suicide: a review of the empirical from the United State. Arch Intern Med 2002; 162: 142-52.

20- Dickinson GE, Lancaster CJ, Clark D, Ahmedizai SH, Noble W. U.K. physicians' attitudes toward active voluntary euthanasia and physician-assisted suicide. Death Stud 2002; 26: 479-90.

21- Chong AM, Fok SY. Attitude toward euthanasia in Hong Kong: a comparison between physicians and the general public. Death Stud 2005; 29; 29-54.

22- Rurup ML, Onwuteaka-Philipsen BD, van der Wal G. A suicide pill for older people: attitude of physicians, the general population, and relatives of patients who died after euthanasia or physician-assisted suicide in The Netherlands. Death Stud . 2005; 29: 519-34.

23- Ahmed AM, Kheir MM, Abdel Rahman A, Ahmed NH, Abdalla ME. Attitude towards euthanasia and assisted suicide among Sudanese doctors. East Mediterr Health J 2001; 7:551-5.

24- Abbas SQ, Abbas Z, Macaden S. Attitude towards euthanasia and physician-assisted suicide among Pakistani and Indian doctors: a survey. Indian J Palliat Care .2008; 14: 71-4.

25- Wenger NS, Carmel S. Physicians' religiosity and end-of-life care attitudes and behaviors. Mt Sinai J Med .2004; 71:335-43.

26- Asai A, Fukuhara S, Inoshita O, Miura Y, Tanabe N, Kurokawa K. Medical decisions concerning the end of life: a discussion with Japanese physicians. J Med Ethics .1997; 23: 323-7.

[Downloaded from sjfm.ir on 2025-11-17]

Comparison of Attitude of Physicians and Patients About Euthanasia in Tehran's University of Medical Sciences Hospitals in 2012-2013

Fakhreddin Taghaddosinejad * - Arash Okazi ** - Mahboobeh Mogharehzadeh Isfahani* † - Vahid Yousefinejad ****

* MD, Associate Professor of Forensic Medicine Dept., Faculty of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

** MD, Assistant Professor of Forensic Medicine Dept., Faculty of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

*** MD, Assistant in Forensic Medicine Department, Faculty of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Abstract

Background: *Attitude of physicians and patients about euthanasia has an important role in legal or illegal development of this action in the hospitals. This study was performed to determine the attitude of patients and physicians about euthanasia in hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences during 2012-2013.*

Methods: *This study was a cross-sectional study. Sample size was 100 cases in each group which included into the study by randomized classified method. Data gathered by a questionnaire. In data analysis by Pass, the frequency and standard deviations were calculated and t-test, and Chi-square tests were used for data analysis.*

Findings: *78% of patients and 63% of physicians agreed with at least one type of euthanasia. Agree with all types of voluntary and involuntary euthanasia significantly higher in patients than physicians ($p<0.05$). There was no statistically significant differences between gender, marital status, education level and age of the patients with attitude about euthanasia ($p>0.05$). Also there was no significant differences between gender, profession, place of work, hospitals ward, age and work history with physicians› attitudes about euthanasia ($p>0.05$).*

Cunclusion: *Our findings showed that, the majority of patients and physicians participating in this study agreed with at least one type of euthanasia and patients more than physicians agreed with euthanasia. Future studies to clarify the training needs in this area and related legislation and regulations in this regard are recommended.*

Keywords: *Euthanasia, Patients, Physicians, Attitude.*

Received: 26 Oct 2013 *Accepted: 27 Jan 2014*

† Correspondence: Tel:+98-21-66405588, dr_mahboob@yahoo.com

[Downloaded from sjfm.ir on 2025-11-17]