

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

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

* دانشجویار 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 ۹۰-۹۱ 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. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه جمع آوری گردید. داده‌های 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 ($p > 0.05$). تفاوت معنی دار آماری بین جنس، تاهل، تحصیلات و سن بیماران با نگرش در مورد انجام اتانازی دیده نشد ($p > 0.05$). 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 ($p > 0.05$).

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.

تایید مقاله: ۱۳۹۲/۱۱/۷

وصول مقاله: ۱۳۹۲/۸/۴

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

مقدمه

آن‌ها می باشد. از سویی وجود فن آوری 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 می کنند و از سوی دیگر هزینه های 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 تازه ای مطرح گردیده است. به ویژه آن که با تقویت اصل اتونومی یا

در دهه های اخیر علت اصلی مرگ و میر از بیماری های عفونی حاد به بیماری های قلبی عروقی، حوادث و بدخیمی ها تغییر یافته است. اگرچه درمان های جدید به طور نسبی سبب افزایش طول عمر این بیماران گردیده اند، اما اهمیت این امراض به گونه ای است که همراه با ناتوانی های زیادی برای بیماران و کاهش واضح کیفیت زندگی در

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 ۰/۰۶، $\alpha = ۰/۰۵$ 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 می‌گردد. در مورد بیماران بیسواد تکمیل پرسشنامه توسط پرسشگر آموزش دیده صورت گرفت. نمونه‌ها در هر زمان از تکمیل پرسشنامه که تمایل به ادامه نداشتند می‌توانستند 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 کاملاً 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 داده‌ها مقدار فراوانی و انحراف معیار محاسبه شد. در قسمت آمار استنباطی جهت بررسی توزیع نرمال متغیرهای کمی از تست کولموگراف اسمیرنوف و جهت تحلیل داده‌ها 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 نمونه‌ها در گروه بیماران $۳۲/۵۰ \pm ۱۱/۶۰$ سال (دامنه ۱۸-۶۹ سال) بود.

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

اصطلاح اتانازی (euthanasia) از واژه‌های 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. معمولاً 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 می‌آید و لیکن آن چه مورد تأیید و تأکید تمامی ادیان است مراقبت مطلوب و توجه به آرامش بیمار در مراحل انتهایی حیات می‌باشد (۴، ۵).

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 می‌شود. انجام اتانازی فعال در کشورهای سوئد، نروژ، دانمارک، هلند، بلژیک و لوگزامبورگ به صورت قانونی انجام می‌شود (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 می‌گردد (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 بیمارستان‌ها 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 نمی‌تواند آینه تمام‌نمایی از وضعیت و نیازهای کشور ما باشد (۱۱). مطالعات معدودی نیز در سطح کشور در این زمینه به انجام رسیده است (۱، ۲، ۱۲، ۱۳). 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.

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

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

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 $p=۰/۰۰۰$ و $p=۰/۰۰۱$) اما تفاوت معنی داری بین دو گروه از نظر اتانازی فعال غیر داوطلبانه دیده نشد.

میانگین سنی نمونه‌ها در گروه پزشکان $۳۶/۰۹ \pm ۷/۶۲$ سال (دامنه ۲۴-۵۷ سال) و میانگین سابقه کاری آنها $۸/۶۲ \pm ۶/۶۰$ سال (دامنه ۰/۵-۳۱ 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.

سن بیمار بر روی تصمیم برای انجام اتانازی دیده نشد ($p=0.143$).

بحث

در این مطالعه درصد بالایی از بیماران با انجام اتانازی موافق بودند (۷۸٪) که این امر ممکن است ناشی از بالاتر بودن سطح تحصیلات نمونه ها و کمتر بودن میانگین سنی آنها در این مطالعه از یکسو و همچنین افزایش آگاهی در زمینه اتانازی در طی سال های اخیر باشد، گرچه تفاوت معنی داری بین موافقت با اتانازی و سطح تحصیلات در مطالعه ما دیده نشد، اما به نظر می رسد افزایش سطح تحصیلات می تواند تا حدودی باورهای فرهنگی و حتی مذهبی افراد را نیز دستخوش تغییر نماید. در مطالعه قبلی انجام شده در کشور توسط آرامش و همکاران (۱۲) که در سال ۸۸ به بررسی نگرش بیماران در بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی تهران در زمینه اتانازی پرداخته بودند نیز رابطه معنی داری بین سواد و درخواست اتانازی پیدا نشد. این در حالیست که در آن مطالعه نیز ۴۰٪ بیماران دارای تحصیلات دانشگاهی بودند، اما در مقایسه با آن مطالعه، نمونه های شرکت کننده در مطالعه ما جوانتر بودند به گونه ای که ۸۱٪ از بیماران شرکت کننده در مطالعه ما زیر ۴۰ سال بودند در حالیکه این رقم در آن مطالعه ۵۷٪ بود. با این حال در مطالعه انجام شده توسط van Wijam و همکارانش در هلند بر روی افراد آلمانی زبان هلند، نتایج نشان داد که افزایش تمایل به اتانازی با افزایش سطح تحصیلات افراد همراهی دارد (۱۴).

علیرغم موافقت ۷۸٪ از بیماران با انجام یکی از انواع اتانازی اما در پاسخ به سوال مستقیم به انجام اتانازی در خود فرد، ۴۸٪ بیماران با انجام اتانازی در خود موافق بودند که به نظر می رسد، بین وجود این تفکر با اجرایی شدن آن در افراد و به عینیت در آمدن آن فاصله زیادی وجود دارد، لذا به نظر می رسد ابراز تمایل به اتانازی در افراد قبل از قرارگیری در شرایط واقعی نمی تواند ملاکی برای پیش بینی نظر فرد در شرایط 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 شده توسط آرامش و همکاران (۱۲) در کشورمان، مطالعه انجام شده توسط Pousset و همکاران در بلژیک (۱۵) و مطالعه انجام شده توسط Carter و همکاران در استرالیا (۱۶)، اتانازی غیر فعال داوطلبانه بیشتر مورد پذیرش بیماران بوده است.

ممکن است سن پایین تر نمونه های این مطالعه در انتخاب روش فعال اتانازی موثر بوده باشد و در صورت قرارگیری در چنین وضعیتی با توجه به جوانتر بودن افراد، تمایل به انجام سریعتر اتانازی به روش فعال و با اقدام پزشک وجود داشته باشد.

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

میزان موافقت با اتانازی غیر فعال داوطلبانه با عدم آغاز اقدامات درمانی (with holding) و غیر فعال اجباری با عدم آغاز اقدامات درمانی به طور معنی داری در گروه بیماران نسبت به گروه پزشکان بیشتر بود (به ترتیب با $p=0.044$ و $p=0.000$) اما تفاوت معنی داری بین دو گروه از نظر اتانازی غیر فعال غیر داوطلبانه با عدم آغاز اقدامات درمانی دیده نشد.

میزان موافقت با اتانازی غیر فعال داوطلبانه با قطع اقدامات درمانی (Cessation) و غیر فعال اجباری با قطع اقدامات درمانی به طور معنی داری در گروه بیماران نسبت به گروه پزشکان بیشتر بود (به ترتیب با $p=0.002$ و $p=0.000$) اما تفاوت معنی داری بین دو گروه از نظر اتانازی غیر فعال غیر داوطلبانه با قطع اقدامات درمانی دیده نشد. همچنین میزان موافقت با انجام اتانازی غیر مستقیم به طور معنی داری در گروه بیماران نسبت به گروه پزشکان بیشتر بود ($p=0.001$).

تفاوت معنی دار آماری بین جنس، تاهل، تحصیلات و سن بیماران با نگرش در مورد انجام اتانازی دیده نشد ($p>0.05$). همچنین تفاوت معنی دار آماری بین جنس، نوع تخصص، محل فعالیت، بخش های بیمارستانی، سن و سابقه کار پزشکان با نگرش در مورد انجام اتانازی دیده نشد ($p>0.05$).

میزان موافقت با اتانازی صرفا با درخواست بستگان در بیمار غیر هوشیار به طور معنی داری در گروه بیماران نسبت به گروه پزشکان بیشتر بود (۴۷٪ در مقابل ۲۹٪) ($p=0.009$) اما تفاوت معنی داری بین دو گروه از نظر موافقت با اتانازی صرفا با درخواست بستگان در بیمار هوشیار دیده نشد ($p=0.579$).

میزان موافقت با اتانازی صرفا با درخواست بیمار در بیمار هوشیار به طور معنی داری در گروه بیماران نسبت به گروه پزشکان بیشتر بود (۶۱٪ در مقابل ۳۶٪) ($p=0.000$).

میزان موافقت با اتانازی "صرفا با درخواست بیمار و خانواده" و "صرفا با درخواست خانواده" در بیمار هوشیار در دو گروه تفاوت معنی داری نداشت ($p>0.05$).

میزان موافقت با اتانازی "صرفا با درخواست خانواده" و "صرفا با درخواست پزشک" در بیمار هوشیار در دو گروه تفاوت معنی داری نداشت ($p>0.05$).

میزان موافقت با اتانازی صرفا با درخواست پزشک در بیمار غیر هوشیار در دو گروه تفاوت معنی داری نداشت ($p=0.345$). اما میزان موافقت با اتانازی صرفا با درخواست خانواده در بیمار غیر هوشیار به طور معنی داری در گروه بیماران نسبت به گروه پزشکان بیشتر بود (۴۸٪ در مقابل ۳۳٪) ($p=0.031$).

تفاوت معنی داری بین نگرش بیماران و پزشکان در زمینه تاثیر طولانی بودن بیماری، هزینه درمان، تاثیر درد و عوارض بیماری و تاثیر لاعلاج بودن بیماری بر روی تصمیم به انجام اتانازی دیده شد ($p<0.05$)، اما تفاوت معنی داری در نگرش دو گروه در زمینه تاثیر

اتانازی در سال ۸۸-۸۷ انجام شد (۱)، ۶۴ درصد مخالف اتانازی فعال داوطلبانه، ۵۰٪ مخالف اتانازی فعال غیر داوطلبانه 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 مشاهده می‌شود که هر دو گروه بر روی داوطلبانه بودن اتانازی توافق داشته اما پزشکان بر خلاف بیماران معتقدند که اقدام فعالی از جانب پزشک نباید در این زمینه صورت گیرد، که این امر با روح حرفه پزشکی هماهنگی بیشتری دارد.

تفاوت معنی‌دار آماری بین جنس، نوع تخصص، محل فعالیت، بخش های بیمارستانی، سن و سابقه کار پزشکان با نگرش در مورد انجام اتانازی نیز دیده نشد ($p > 0.05$) در مطالعه انجام شده توسط آرامش و همکاران (۱۲) بر روی انترن های پزشکی نیز ارتباط معنی داری بین سن و جنس نمونه ها با نگرش در مورد اتانازی دیده نشد. در مطالعه آرامش و همکاران در پرستاران بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی تهران (۱) نیز ارتباط معنی داری بین جنس، سن، بخش محل خدمت، سطح تحصیلات با نگرش در زمینه اتانازی دیده نشد، تنها عامل موثر معنی دار بر روی نگرش پرستاران در مورد تمام انواع اتانازی مدت زمان خدمت بود؛ به طوری که با افزایش سابقه‌ی خدمت مخالفت با اتانازی کمتر دیده می‌شد، اما در مطالعه ما ارتباطی بین سابقه کار پزشکان و نگرش در زمینه اتانازی دیده نشد.

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 می‌رسد 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. به نظر می‌رسد انجام مطالعه بر روی بیماران در مراحل انتهایی (end stage) و یا خانواده‌های بیماران بد حال بستری در بخش های مراقبت ویژه در زمینه نگرش در مورد اتانازی نتایج نزدیکتری به واقعیت را منعکس کرده و داده های قابل ارزیابی بیشتری را فراهم نماید.

از محدودیت‌های این مطالعه عدم امکان ارزیابی سطح اعتقادات دینی و مذهبی نمونه‌های مورد مطالعه بود چرا که به نظر می‌رسد که این متغیر یکی از متغیرهای تاثیر گذار در تمایل برای انجام اتانازی باشد که این امر در مطالعات قبلی نیز مورد تاکید قرار گرفته است (۲۶)، (۲۵)، لذا پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آتی ارتباط بین سطح اعتقادات مذهبی افراد و پزشکان با تمایل آن ها برای انجام اتانازی نیز بررسی گردد.

بیمار در مورد انجام اتانازی در بیماران هوشیار (۶۱٪) و ارجحیت نظر خانواده در بیمار غیر هوشیار (۴۸٪) بود. این مطلب با نتایج مطالعات قبلی انجام شده هماهنگی دارد (۱۷، ۱۲). همچنین میزان موافقت با تمام انواع اتانازی داوطلبانه به طور معنی داری در گروه بیماران نسبت به گروه پزشکان بیشتر بود. با توجه به نتایج مطالعه به نظر می‌رسد اعتقاد بیماران شرکت کننده در این مطالعه بر این باشد که در اکثر موارد تصمیم به انجام اتانازی در بیمار هوشیار بر عهده خود بیمار و در بیمار غیر هوشیار 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 مهم ترین عامل از دیدگاه بیماران برای تصمیم گیری در مورد اتانازی درد و عوارض جانبی بیماری (۶۹٪) و لاعلاج بودن بیماری (۷۳٪) بود که این یافته با نتایج مطالعه Poussset و همکاران در بلژیک (۱۵) و Voogt و همکاران (۱۸) در هلند هماهنگی دارد. کم اثر 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 سن بیماران با نگرش در مورد انجام اتانازی دیده نشد ($p > 0.05$) که این یافته با نتایج مطالعه قبلی انجام شده در کشور (۱۲) هماهنگی دارد. در گروه پزشکان ۶۳٪ با انجام حداقل یکی از موارد اتانازی موافق بودند. مطالعات قبلی ارقام مختلفی را در مورد موافقت پزشکان با اتانازی نشان داده‌اند، در مطالعه قبلی انجام شده در کشور که بر روی انترن های پزشکی دانشگاه تهران انجام شده است، میزان موافقت با اتانازی ۴۶٪ بود (۲)، که مقایسه نتایج آن مطالعه با مطالعه حاضر می‌تواند نشان 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 سابقه کار در دانشجویان پزشکی نگرش آنها در مورد اتانازی تغییر کرده و به سمت مخالفت شیفت پیدا می‌کند (۱۰). در مطالعه مروری انجام شده در ایالات متحده در سال ۲۰۰۲، ۵۶۶ درصد پزشکان آمریکایی با انجام اتانازی در بیماران موافق بودند (۱۹) که تا حدود زیادی با مطالعه ما هماهنگی دارد. اما بررسی نگرش پزشکان در دو مرکز پزشکی در لندن نشان داد که میزان موافقت با اتانازی در یکی از مراکز ۸۰٪ و در مرکز دیگر ۵۲٪ بود (۲۰). در مطالعه انجام شده در هنگ کنگ در سال ۲۰۰۵ (۲۱)، ۴۳٪ پزشکان حاضر در مطالعه با اتانازی موافق بودند و در مطالعه انجام شده در هلند این میزان ۵۶٪ بود (۲۲). اما در مطالعات انجام شده در سودان و پاکستان به ترتیب تنها ۱۵ و ۱۵/۳٪ پزشکان با اتانازی موافقت داشتند (۲۴)، (۲۳). به نظر می‌رسد، تنوع در میزان موافقت پزشکان با اتانازی در کشورهای مختلف جدای از سبک های اخلاقی پزشکی حاکم بر هر کشور، می‌تواند تحت تاثیر مسایل اعتقادی، اجتماعی و فرهنگی و همچنین دیدگاه‌های قانونی حاکم در زمینه اتانازی در آن کشور باشد. در مطالعه دیگری نیز که توسط آرامش و همکاران در زمینه بررسی نگرش پرستاران بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی تهران در زمینه

نتیجه گیری

مراقبت ویژه در زمینه نگرش در مورد اتانازی پیشنهاد می گردد چرا که می تواند نتایج نزدیکتری به واقعیت را منعکس کرده و داده های قابل ارزیابی بیشتری را فراهم نماید.

تشکر و قدردانی

این مطالعه در قالب پایان نامه دکتر محبوبه مقاره زاده 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 می دارند.

در کل بر اساس نتایج مطالعه حاضر به نظر می رسد 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

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- Tavosiyan 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, Saedi 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

- 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.

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 ($p > 0.05$).

Conclusion: 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