

بررسی نگرش بیماران بستری در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران نسبت به اتانازی

امین حسن زاده حداد^۱، حجت رستگاری^۱، مجتبی صداقت^۲، سعیده سعیدی طهرانی^۳، کیارش آرامش^{۴*}

مقاله‌ی پژوهشی

چکیده

چگونه مردن، به‌خصوص در سال‌های اخیر نسبت به گذشته، با توجه به پیشرفت‌های علوم پزشکی و امکانات طولانی‌کننده‌ی حیات بیماران مفهوم جدیدی پیدا کرده و بر اهمیت آن افزوده شده است. درد و رنج بیماران از یک‌سو و هزینه‌های سنگین درمان که بر بیماران یا خانواده‌ها و نظام سلامت تحمیل می‌شود از سوی دیگر، بحث اتانازی را در بین افراد مطرح می‌نماید.

در این بررسی نظر بیماران بستری در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران در ارتباط با اتانازی ارزیابی شده است. این مطالعه در نیمه‌ی دوم سال ۸۸ در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شده است. ابزار مورد استفاده پرسشنامه‌ای بود که در آن ۴ بیمار فرضی مطرح شده و پس از آن سؤالاتی پیرامون آن‌ها به‌صورت سه گزینه‌ای طرح شده بود تا نگرش بیماران در موضوع مورد مطالعه سنجیده شود. از ۱۱۰ بیمار انتخاب شده ۱۰۵ نفر در مطالعه همکاری کردند (response rate = 95.45%) که ۶۰ نفر از این افراد مذکر و ۵۵ نفر مؤنث بودند. این افراد بین سنین ۱۷ تا ۷۰ سال بوده و ۴۰ درصد تحصیلات دانشگاهی داشتند.

در مطالعه‌ی انجام شده از بین ۴ نوع اتانازی، تنها اتانازی غیرفعال داوطلبانه مورد موافقت بیماران بود. در بررسی‌های انجام شده ۶۹/۵ درصد از کل بیماران با انجام این نوع اتانازی موافق بودند و میزان مخالفت ۱۸/۱ درصد بود. درحالی که دیگر انواع اتانازی به‌طور واضح مورد مخالفت بیماران بود.

از بین متغیرهای بررسی شده (سن، جنس، بخش بستری، مذهب و سطح تحصیلات) فقط متغیر بخش بستری رابطه‌ی معنی‌داری با نگرش بیماران نسبت به اتانازی داشته است. نتایج حاصله نشان‌دهنده‌ی موافقت بیشتر بیماران در بخش داخلی با انجام اتانازی نسبت به بیماران بستری در بخش جراحی است. این امر می‌تواند به‌دلیل ازمان بیماری و طولانی شدن بیماری‌ها در بخش‌های داخلی نسبت به بخش‌های جراحی باشد. ماهیت مزمن بیماری‌های داخلی و درگیری بیشتر بیمار با بیماری خود می‌تواند بر روی نحوه‌ی نگرش وی به مسأله‌ی اتانازی تأثیر بگذارد که این امر با مطالعات مشابه مطابقت دارد.

واژگان کلیدی: اتانازی، نگرش بیماران، بیماران مرحله‌ی انتهایی

^۱ دانشجوی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

^۲ استادیار گروه پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی تهران

^۳ پژوهشگر مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

^۴ استادیار، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

*نشانی: تهران، بلوار کشاورز، خیابان ۱۶ آذر، نرسیده به خیابان پورسینا، پلاک ۲۳، طبقه‌ی چهارم، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی،

دانشگاه علوم پزشکی تهران، تلفن: ۶۶۴۱۹۶۶۱، Email: kiarasharamesh@sina.tums.ac.ir

مقدمه

بحث چگونگی مردن، به‌خصوص در سال‌های اخیر نسبت به گذشته، با توجه به پیشرفت‌های علم پزشکی و امکانات طولانی‌کننده‌ی حیات بیماران مفهوم جدیدی پیدا کرده است و بر اهمیت آن افزوده شده است (۱).

این‌جاست که مسأله‌ی اتانازی مطرح می‌شود. اتانازی در زبان لاتین به معنی مرگ خوب است. ریشه‌ی این واژه از دو کلمه‌ی جداگانه تحت عناوین (eu) به معنی خوب و (thanasia) به معنی مرگ است (۲).

کمیته‌ی اختصاصی مجلس سنای کانادا اتانازی را به این صورت معنی کرده است: عملی عمدی، انجام گرفته توسط فرد با هدف پایان دادن به زندگی فردی دیگر، برای کم کردن رنج وی به‌صورتی که آن عمل منجر به مرگ فرد شود. بدین ترتیب خودکشی یاری شده (assisted suicide) (بر مبنای تعریف کمیته‌ی سنا، عبارت است از: خودکشی یک فرد به کمک فرد دیگر که به‌صورت عمدی راه خودکشی و وسایل مورد نیاز آن را در اختیار فرد قرار می‌دهد) (۳).

انواع اتانازی

کتاب (Ethics at the End of Life) با ویراستاری Ralf Baergen تعریفی از اتانازی و اصطلاحات مربوط به آن را ارائه کرده است که تا حد قابل ملاحظه‌ای جامعیت تعاریف مختلف ارائه شده برای اتانازی را در بر دارد (۱).

اتانازی فعال داوطلبانه^۲: تزریق عمدی دارو یا اقداماتی دیگر که منجر به مرگ بیمار شود. این عمل بر اساس تقاضای صریح بیمار و با رضایت کاملاً آگاهانه‌ی او انجام می‌شود. نکته‌ی مهم در این حالت این است که قصد و تمایل پزشک و بیمار هر دو در جهت خاتمه دادن به زندگی بیمار است.

اتانازی فعال غیرداوطلبانه^۳، یعنی تزریق عمدی دارو یا اقداماتی دیگر که منجر به مرگ بیمار شود. در این حالت

بیمار صلاحیت تصمیم‌گیری را ندارد و از لحاظ روانی قادر به درخواست صریح برای این عمل نیست. مثلاً بیمار در حالت کماست. در این اتانازی معمولاً پزشک یا تیم پزشکی، کمیته‌ی اخلاق پزشکی و خانواده‌ی بیمار یا قاضی تصمیم می‌گیرد.

اتانازی غیر فعال داوطلبانه^۴: یعنی عدم شروع درمان یا درمان‌هایی که برای حفظ حیات بیمار لازم است. این عدم پذیرش براساس درخواست بیمار است. بیمار درمان خود را رد می‌کند تا مرگ وی تسریع شود.

اتانازی غیر فعال غیر داوطلبانه^۵: معمولاً در بیمارانی به‌کار می‌رود که شرایط بسیار وخیمی دارند و پزشکان هم مطمئن هستند که درمان امکان‌پذیر نیست. در این حالت درمان را قطع می‌کنند یا بیمار را از مواد غذایی یا دارو محروم می‌کنند (۱، ۲، ۴، ۵).

به‌طور کلی، ادیان الهی اتانازی را در منافات با دستورات خدا می‌دانند و معتقدند که اتانازی حرمت حیات را در جامعه می‌شکند. ضمن آن که رنجی که فرد در پایان حیات متحمل می‌شود می‌تواند وسیله‌ای برای تعالی وی باشد. همچنین اتانازی داوطلبانه ممکن است به مرور منجر به اتانازی غیر داوطلبانه و کشتن مردم شود که پذیرفته نیست (۱) و براساس تعالیم اسلامی نیز قرآن اجازه‌ی مرگ داوطلبانه را به افراد نمی‌دهد (۶).

در حال حاضر، در بسیاری از جوامع و کشورهای جهان اتانازی به‌عنوان عملی غیرقانونی و هم‌چنین غیرعرفی شناخته می‌شود و این موضوع هم از نظر قوانین پارلمانی و هم از نظر شرعی و دینی در بسیاری از کشورها پذیرفته نیست (۷).

هم اکنون در برخی از کشورهای جهان و سه ایالت از ایالات متحده‌ی آمریکا اتانازی به شکل قانونی انجام می‌شود. در حال حاضر، انجام اتانازی فعال در کشورهای سوئد، نروژ،

¹ Assisted suicide

² Active voluntary euthanasia

³ Active nonvoluntary euthanasia

⁴ Passive voluntary euthanasia

⁵ Passive nonvoluntary euthanasia

علیرضا پارساپور تهیه شده است (۲). هم‌چنین روایی و پایایی محتوایی این پرسشنامه توسط ایشان مورد تأیید قرار گرفته است (آلفای کرونباخ ۰/۷۶). در این پرسشنامه ابتدا ۴ مورد بیمار فرضی (بیماران مرحله‌ی انتهایی) مطرح شده و پس از آن سؤالات سه گزینه‌ای پیرامون آن‌ها مطرح شده است. پاسخ‌ها به شکل سه گزینه‌ای مخالفم، نظری ندارم و موافقم طراحی شده و در مجموع ۱۰ سؤال مطرح گردیده تا نظر بیماران سنجیده شود.

این مطالعه در نیمه‌ی دوم سال ۱۳۸۸ به انجام رسیده است. براساس محاسبه‌ی آماری برای این که مطالعه خطای نوع اول ۵ درصد داشته باشد، تعداد بیماران ۱۰۰ نفر در نظر گرفته شد؛ ۲۵ بیمار از بیمارستان سینا، ۲۰ بیمار از بیمارستان امیراعلم، ۳۰ بیمار از بیمارستان شریعتی و ۴۰ بیمار از بیمارستان امام خمینی. روش انتخاب تصادفی تعریف شده است، به این ترتیب که انتخاب اولین تخت از سمت راست اتاق از اولین اتاق بخش و به ترتیب یک در میان بود. در نهایت، ۱۱۰ پرسشنامه بین بیماران پخش شد که ۵ عدد دارای پاسخ ناقص و ۱۰۰ عدد دارای پاسخ کامل بودند. برای پرسش‌های بدون جواب گزینه‌ی نظری ندارم اعمال شد.

جهت رعایت ملاحظات اخلاقی پرسشنامه‌ها بدون نام تهیه شدند و به تمامی شرکت‌کنندگان اجازه داده شد که در هر مرحله‌ای که تمایل به ادامه‌ی شرکت در مطالعه ندارند، بتوانند از پاسخ دادن به سؤالات اجتناب نمایند و نیز می‌توانستند در هر مرحله‌ای خواهان حذف اطلاعات خود از تحقیق باشند.

متغیرهای فردی و دموگرافیک به صورت توصیف فراوانی مطلق و نسبی و متغیر مورد سنجش نگرش بیماران نسبت به اتانازی به صورت توصیف فراوانی نسبی مورد آنالیز قرار گرفت. برای تحلیل داده‌ها نسبت به نوع متغیر آزمون‌ها Chi square و T-test استفاده شد. سطح معنی‌داری ۵ درصد در نظر گرفته شد.

دانمارک، هلند، بلژیک و لوگزامبورگ به صورت قانونی انجام می‌شود (۸).

طبیعتاً در این‌جا مسأله انتخاب بین مرگ و زندگی جهت کاهش درد و رنج افراد یا تخصیص امکانات با اولویت‌های دیگر مطرح می‌شود که خود بیانگر لزوم انجام یک بررسی جهت کاهش درد و رنج بیماران مراحل انتهایی حیات نسبت به مسأله‌ی اتانازی است.

یکی از گروه‌های درگیر در موضوع اتانازی بیماراند که بررسی نگرش آن‌ها به این پدیده نقش مهمی در رواج قانونی یا فراقانونی چنین عملکردی در بیمارستان‌ها دارد. نبود یک قانون منسجم کامل و کارآمد نسبت به تمام جنبه‌های مسأله‌ی اتانازی نیز دلیل دیگری بر لزوم انجام یک بررسی در مورد دیدگاه بیماران نسبت به این مسأله است.

تحقیقات انجام شده در این زمینه در کشورهای غربی باتوجه به برخی اختلافات فرهنگی و دیدگاه‌های اعتقادی آن‌ها قابل تعمیم به کشور ما نیست.

در این پژوهش تلاش شده است تا نگرش بیماران بستری در بخش‌های داخلی و جراحی بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران، به عنوان یک جمعیت نمونه از بیماران بستری، نسبت به جنبه‌های مختلف پدیده‌ی اتانازی بررسی شود.

روش کار

این مطالعه از نوع بررسی مقطعی (cross sectional) بوده است. جامعه‌ی مورد مطالعه تعدادی از بیماران بیمارستان‌های شریعتی، امام خمینی، سینا و امیراعلم هستند. علت انتخاب این بیمارستان‌ها وجود بخش‌های داخلی و جراحی در آن‌ها بود. هم‌چنین این چهار بیمارستان، چهار بیمارستان اصلی دانشگاه علوم پزشکی تهران بودند و مسأله‌ی اتانازی با توجه به وجود بخش‌های مختلف و تعداد بیماران بیش‌تر در این چهار بیمارستان، بیش‌تر مطرح است.

ابزار مورد استفاده در این مطالعه پرسشنامه بوده است. پرسشنامه در مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران توسط دکتر احمدرضا همتی و دکتر

نتایج

در بررسی انجام شده میزان response rate برابر با درصد ۹۵/۴۵ بود. در مواردی که بیماران به تعدادی از سؤالات پاسخ نداده بودند برای سؤال مربوطه، گزینه‌ی نظری ندارم در محاسبه منظور شده و برای هر یک از سؤالات، پنج متغیر سن، جنس، میزان تحصیلات و بخش بستری سنجیده شد.

۶۰ نفر از بیماران زیر ۴۰ سال (۵۷/۱ درصد) و ۴۵ نفر بالای ۴۰ سال بودند (۴۲/۹ درصد). از تعداد شرکت‌کنندگان ۳ نفر غیرمسلمان و بقیه مسلمان بودند. با توجه به حجم کم نمونه جهت بررسی تأثیر دین بر نگرش بیماران نسبت به اتانازی و معنادار نبودن این رابطه از مطالعه حذف شد.

در مورد بخش بستری، بیماران را به ۲ گروه بستری در بخش‌های داخلی و بخش‌های جراحی تقسیم نمودیم. بخش‌های فوق‌تخصصی قلب، روماتولوژی، خون، غدد، گوارش، کلیه و ریه را تحت عنوان بخش‌های داخلی و بخش‌های جراحی عمومی و ارتوپدی، اروولوژی را تحت عنوان بخش‌های جراحی مورد مطالعه قرار دادیم.

از میان ۱۰۵ مورد بررسی، ۶۰ نفر (۵۷/۱ درصد) شرکت‌کنندگان مرد و ۴۵ نفر (۴۲/۹ درصد) زن بودند. ۵۰ نفر از بیماران بستری (۴۷/۶ درصد) از بخش جراحی و ۵۵ نفر (۵۲/۴ درصد) از بخش داخلی بودند. حدود ۶۰ درصد از جمعیت مورد مطالعه، دارای تحصیلات دانشگاهی نبودند. اتانازی فعال داوطلبانه: در ارتباط با متغیرهای سن، جنس، سطح تحصیلات و بخش بستری فقط بخش بستری رابطه‌ی معناداری با نگرش بیماران نسبت به اتانازی فعال داوطلبانه داشت ($P=0/003$) و بیماران بخش داخلی در مقایسه با بخش جراحی بیش‌تر موافق اتانازی فعال داوطلبانه بودند. در مورد اخلاقی بودن راهنمایی پزشک درباره‌ی نحوه‌ی انجام انواع روش‌های اتانازی و آموزش آن، بدون دخالت مستقیم در انجام آن، در صورت درخواست بیماران، ۱۷ بیمار (۱۶/۱ درصد) موافق و ۷۹ بیمار (۷۵/۲ درصد) مخالف بودند. از بین متغیرهای بررسی شده، رابطه‌ی بخش بستری معنی‌دار بود ($P=0/003$). و بیماران بخش داخلی موافقت بیش‌تری را با این امر نشان دادند (جدول شماره‌ی ۱).

جدول شماره‌ی ۱- تعداد و درصد پاسخ‌های موافق مخالف و ممتنع به هر یک از سؤالات مطرح شده به تفکیک بخش بستری

بخش بستری	ممتنع	مخالف	موافق
اتانازی فعال داوطلبانه	۱۰ نفر (۸۳/۳٪)	۲۹ نفر (۳۹/۲٪)	۱۶ نفر (۸۴/۲٪)
	۲ نفر (۱۶/۷٪)	۴۵ نفر (۶۰/۸٪)	۳ نفر (۵/۸٪)
	۲ نفر (۱۶/۷٪)	۴۵ نفر (۶۰/۸٪)	۳ نفر (۵/۸٪)
اتانازی فعال داوطلبانه با راهنمایی پزشکی	۸ نفر (۸۸/۹٪)	۳۴ نفر (۴۳٪)	۱۳ نفر (۷۶/۵٪)
	۱ نفر (۱۱/۱٪)	۴۵ نفر (۵۷٪)	۴ نفر (۲۳/۵٪)
	۱ نفر (۱۱/۱٪)	۴۵ نفر (۵۷٪)	۴ نفر (۲۳/۵٪)
اتانازی فعال غیرداوطلبانه	۱۸ نفر (۷۲٪)	۲۸ نفر (۴۱/۲٪)	۷ نفر (۲۸٪)
	۹ نفر (۷۵٪)	۴۰ نفر (۵۸/۸٪)	۳ نفر (۲۵٪)
	۹ نفر (۷۵٪)	۴۰ نفر (۵۸/۸٪)	۳ نفر (۲۵٪)
اتانازی فعال غیرداوطلبانه با تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین	۸ نفر (۵۷/۱٪)	۴۱ نفر (۵۲/۴٪)	۶ نفر (۴۲/۹٪)
	۸ نفر (۵۷/۱٪)	۴۱ نفر (۵۲/۴٪)	۶ نفر (۴۲/۹٪)

ممتنع	۱۴ نفر (۸۷/۵٪)	۳ نفر (۱۲/۵٪)
موافق	۲۶ نفر (۴۰٪)	۳۹ نفر (۶۰٪)
مخالف	۱۰ نفر (۷۶/۹٪)	۳ نفر (۲۳/۱٪)
ممتنع	۱۹ نفر (۷۰/۴٪)	۸ نفر (۲۹/۶٪)
موافق	۳۵ نفر (۴۳/۲٪)	۴۶ نفر (۵۶/۸٪)
مخالف	۱۰ نفر (۷۶/۹٪)	۳ نفر (۲۳/۱٪)
ممتنع	۱۰ نفر (۹۰/۹٪)	۱ نفر (۹/۱٪)
موافق	۱۸ نفر (۷۸/۳٪)	۵ نفر (۲۱/۷٪)
مخالف	۲۷ نفر (۳۹/۷٪)	۴۱ نفر (۶۰/۳٪)
ممتنع	۱۰ نفر (۷۴/۱٪)	۴ نفر (۲۸/۶٪)
موافق	۲۷ نفر (۸۱/۸٪)	۶ نفر (۱۸/۲٪)
مخالف	۱۹ نفر (۳۴/۵٪)	۳۶ نفر (۶۵/۵٪)
ممتنع	۹ نفر بیش تر (۵۲/۹٪)	۸ نفر (۴۷/۱٪)

اتانازی فعال غیر داوطلبانه: در نتایج این مورد نیز تنها متغیر دارای رابطه‌ی معنی‌دار با نگرش بیماران، بخش بستری بود ($P=0/008$). و بیماران بخش داخلی در مقایسه با بخش جراحی بیش‌تر موافق اتانازی فعال غیر داوطلبانه بودند. در مورد تصمیم‌گیری جایگزین توسط خانواده برای این نوع اتانازی نیز تنها متغیر معنی‌دار بخش بستری بود ($P=0/006$) و بیماران بخش داخلی در مقایسه با بخش جراحی موافقت بیش‌تری را با این امر نشان دادند. در مورد اولویت‌بندی تخصیص منابع و اتانازی فعال غیر داوطلبانه رابطه‌ی هیچ‌کدام از متغیرها معنی‌دار نبود. هم‌چنین، در مورد نقش خانواده در اولویت‌بندی تخصیص منابع و اتانازی فعال غیر داوطلبانه، تنها متغیر معنی‌دار در ارتباط با نگرش بیماران، بخش بستری آن‌ها بود ($P=0/005$) و بیماران بخش جراحی در مقایسه با بخش داخلی موافقت بیش‌تری را با این امر نشان دادند (جدول شماره ۱).

اتانازی غیر فعال داوطلبانه: در رابطه با این موضوع پزشک باید به درخواست بیمار برای قطع درمان‌های غیر مؤثر طولانی‌کننده‌ی حیات احترام بگذارد و ۱۳ نفر هم (۱۲/۸٪)

درصد) با این مورد مخالف بودند، ۱۸ بیمار نیز (۱۰/۵ درصد) نظر خاصی نداشتند. تنها متغیر معنی‌دار بخش بستری بوده است و بیماران بخش جراحی در مقایسه با بخش داخلی به‌نظر پزشک در رابطه با درخواست خود اهمیت بیش‌تری می‌دادند ($P=0/002$).

اتانازی غیر فعال غیر داوطلبانه: در رابطه با نگرش بیماران نسبت به اتانازی غیر فعال غیر داوطلبانه از میان متغیرهای مورد بررسی بخش بستری ($P=0/01$) و جنس ($P=0/02$) رابطه‌ی معنی‌داری با نگرش بیماران به این نوع اتانازی داشتند و خانم‌ها در مقایسه با آقایان و بیماران بخش داخلی در مقایسه با بخش جراحی موافقت بیش‌تری با این امر داشتند. در مورد تصمیم‌گیری جایگزین توسط افراد خانواده نیز از میان شرکت‌کنندگان ۳۲ نفر (۳۱/۴ درصد) پاسخ مثبت و ۵۵ نفر (۵۲/۴ درصد) پاسخ منفی داده بودند و ۱۷ نفر (۱۶/۲ درصد) گزینه‌ی نظری ندارم را انتخاب کرده بودند. تنها متغیر دارای ارتباط معنادار با نگرش بیماران در مورد تصمیم‌گیری جایگزین بخش بستری بود ($P=0/01$) و بیماران بخش داخلی در مقایسه با بخش جراحی بیش‌تر موافق این امر بودند

(جدول شماره ۱)

مرگ مبدل می‌کند (۱).

بحث

در مطالعه‌ی انجام شده از بین ۴ نوع اتانازی که به صورت استاندارد و از قبل تعریف شده بودند، فقط اتانازی غیرفعال داوطلبانه مورد موافقت بیماران بود. در بررسی‌های انجام شده ۶۹/۵ درصد از کل بیماران با انجام این نوع اتانازی موافق بوده و میزان مخالفت ۱۸/۱ درصد بوده است.

در مطالعه‌ای که توسط Pousset و همکاران در بلژیک و در بیمارستان دانشگاهی صورت گرفته بود، نظر بیماران بهبود یافته از سرطان را در مورد انجام اتانازی فعال و غیرفعال سؤال کرده بودند. براساس نتایج این مطالعه میزان موافقت با اتانازی غیرفعال بیش‌تر از نوع فعال بود، به طوری که پذیرش اتانازی غیر فعال ۶۰ درصد و برای نوع فعال ۸۰ درصد بود (۹). در مطالعه‌ای که در استرالیا توسط Carter و همکارانش انجام گرفت نظر ۲۲۸ بیمار غیر بستری مبتلا به سرطان در مورد اتانازی فعال و غیرفعال پرسیده شد که میزان موافقت با نوع فعال ۶۹ درصد و برای نوع غیرفعال ۷۹ درصد بود (۱۰). نتایج حاصل از مطالعات دیگر نیز نشان‌دهنده‌ی وجود تطابق با مطالعه‌ی ماست، به طوری که پذیرش اتانازی غیرفعال بیش‌تر از نوع فعال بوده است.

این مطالب می‌تواند نشان‌دهنده‌ی برداشت بیماران و درک آن‌ها از تفاوت ترک یک عمل یا انجام یک عمل در صورت داشتن نتیجه‌ی مشابه باشد. هرچند که قطع داروهای تداوم‌بخش زندگی یا عدم استفاده از تجهیزات کمک‌کننده‌ی حیات در مقایسه با تزریق ماده‌ی مرگ‌آور به فرد دارای نتیجه مشابهی است، اما بار معنایی آن دارای تفاوت واضح است و این تفاوت برای بیماران روشن به نظر می‌رسد.

با نگاهی دیگر به این مسأله می‌توان گفت پزشکی که درمان‌های غیرشفابخش را از بیمار غیرقابل علاج خود دریغ می‌کند، تنها در مسیر سرنوشت مقدر شده گام برمی‌دارد، اما پزشکی که داروی مرگ‌آور را به بیمار خود تزریق می‌کند نقش خود را از نجات دهنده‌ی جان انسان‌ها به اهداکننده‌ی

از دیگر نتایج حاصل از این مطالعه، اتفاق نظر اکثر بیماران در مورد پذیرش نظر ایشان جهت تعیین سرنوشت خود توسط پزشک است. در مورد اتانازی غیرفعال داوطلبانه ۷۷/۱ درصد بیماران معتقد بودند در صورتی که بیمار از پزشک خود بخواهد که درمان‌های طولانی‌کننده‌ی حیات را برای وی انجام ندهد، پزشک باید نظر بیمار را بپذیرد.

این مطالب دارای تطابق واضح با مطالعه‌ای دیگر است که در ویرجینیای غربی بر روی بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه در بخش دیالیز انجام شد. در این مطالعه از بیماران سؤال شده بود که در صورت ایست قلبی در هنگام انجام دیالیز، آیا مایل به انجام عملیات احیای قلبی عروقی^۱ (CPR) توسط کادر پزشکی هستند؟ که میزان پاسخ مثبت ۸۷ درصد بود. هم‌چنین، در سؤالی دیگر از ایشان پرسیده شد که آیا کادر درمانی باید به درخواست بیماران برای انجام یا عدم انجام CPR احترام بگذارد یا این‌که بدون در نظر گرفتن نظر بیمار پروتکل از پیش تعیین‌شده‌ی خود را ادامه بدهند که ۹۲ درصد بیماران خواستار پذیرش نظرشان توسط پزشکان شده بودند (۱۱).

از دیگر نتایج این مطالعه نظر بیماران برای انجام اتانازی در موارد اورژانس بود، به طوری که در وضعیت اورژانس که امکانات لازم برای تمامی بیماران وجود ندارد و ضرورت اختصاص منابع و اولویت‌بندی بیماران پیش می‌آید، اکثریت بیماران انجام اتانازی را مورد قبول می‌دانستند.

در اتانازی فعال غیر داوطلبانه که بیمار توانایی تصمیم‌گیری ندارد، ۶۴/۸ درصد بیماران با انجام اتانازی ابراز مخالفت کردند ولی هنگامی که همان سؤال در شرایط اورژانس و لزوم اولویت‌بندی بین بیماران برای نجات بیماری که احتمال زنده ماندن وی از نظر کادر پزشکی بالاتر است مطرح شد، انجام اتانازی را اخلاقی دانستند، به طوری که ۶۳/۸ درصد بیماران با آن موافقت کردند.

^۱ Cardiopulmonary resuscitation

در مطالعه‌ی دیگری که توسط Voogt و همکاران در هلند انجام گرفته بود، نظر بیماران مبتلا به سرطان را در مورد درمان‌های طولانی‌کننده‌ی حیات در مقابل درمان‌های افزایش دهنده‌ی کیفیت زندگی جویا شدند. پس از گذشت ۶ ماه دوباره این سؤالات از آن‌ها پرسیده شد که با گذشت زمان و ازمان بیماری نظر بیماران از درمان‌های طولانی‌کننده‌ی حیات به انواع افزایش‌دهنده‌ی کیفیت زندگی تغییر کرد (۱۲). نتایج این مطالعه نیز دلالت بر تغییر نظر بیماران در صورت طولانی شدن بیماری است. در بخش‌های داخلی نیز بیماران دارای مشکلات مزمنی هستند که در بسیاری از موارد اگر چه کشنده نیست، اما دارای بهبود قطعی نیز نمی‌باشد؛ بنابراین، درگیری با مشکلات ناشی از بیماری یا اطلاع داشتن از ماهیت غیرقابل علاج بیماری (هرچند که بیماری کشنده هم نباشد) می‌تواند بیماران را متمایل به پذیرش اتانازی کند. در مطالعه‌ای که در هلند انجام شده بود یکی از علل درخواست اتانازی توسط بیماران مبتلا به ^۱ALS، نبود شناسی برای بهبود گزارش شده است (۱۳).

در مورد متغیر دین، از آن‌جا که حجم نمونه‌ی مورد بررسی برای معنی‌دار شدن رابطه‌ی این متغیر با دیدگاه بیماران کم بود، نتایج به‌دست آمده دارای مفهوم خاصی برای بررسی این رابطه نمی‌باشد.

در بررسی‌های انجام شده و مطالعات مشابه، با افزایش سطح اعتقادات دینی، تمایل برای انجام اتانازی کاهش داشته است. از این جمله می‌توان به مطالعه‌ی Carter و همکاران در استرالیا و مطالعه‌ی Vanwijman و همکاران در هلند اشاره کرد. هر دوی این مطالعات نشان دهنده‌ی کاهش تمایل بیماران به انجام اتانازی با افزایش سطح اعتقادات مذهبی است (۱۳، ۱۰).

همان‌طور که در بخش مقدمه ذکر شد، از نظر ادیان الهی حیات امری مقدس است و هیچ‌یک از ادیان الهی انجام اتانازی فعال را مجاز نمی‌دانند که این امر تأثیر خود را با

هم‌چنین، وقتی از بیماران سؤال شد که آیا با تصمیم‌گیری جایگزین توسط خانواده‌ی خود برای انجام اتانازی در شرایط اورژانس و زمانی که از نظر پزشکان با انجام اتانازی برای یک بیمار مراحل انتهایی حیات، امکان حفظ جان فرد دیگری وجود دارد موافق هستند، اکثر بیماران (۶۱/۹ درصد) موافقت خود را اعلام کردند. این موضوع نشان‌دهنده‌ی درک بیماران از شرایط اورژانس و اهمیت تخصیص درست منابع و امکانات است. اولویت‌بندی بیماران برای رساندن خدمات درمانی در بخش‌های اورژانس که معمولاً با کمبود امکانات و عدم تطابق امکانات و بیماران مراجعه‌کننده مواجه هستند، امری واضح است. این موضوع از دید بیماران نیز روشن بوده است.

برای هر یک از سؤالات مطرح شده، پنج متغیر جنس، سن، بخش بستری، سطح تحصیلات و دین مطرح شدند. از بین تمام این موارد فقط متغیر بخش بستری دارای رابطه‌ی معناداری با دیدگاه بیماران بود و جنس نیز فقط در اتانازی غیرفعال غیر داوطلبانه نقش داشت. نتایج حاصله نشان دهنده‌ی موافقت بیشتر بیماران در بخش داخلی با انجام اتانازی نسبت به بیماران بستری در بخش جراحی است. این امر می‌تواند به دلیل ازمان بیماری و طولانی شدن بیماری‌ها در بخش‌های داخلی نسبت به بخش‌های جراحی باشد. ماهیت مزمن بیماری‌های داخلی و درگیری بیشتر بیمار با بیماری خود می‌تواند بر روی نحوه‌ی نگرش وی به مسأله اتانازی تأثیر بگذارد. این امر با مطالعات مشابه مطابقت دارد.

در مطالعه‌ی Pousset و همکاران در بلژیک بر روی بیماران بهبود یافته از سرطان در مورد اتانازی، بیماران به دو گروه تقسیم شدند. گروه اول کسانی بودند که در مراحل ابتدایی‌تر بیماری درمان شده بودند و گروه دوم کسانی بودند که بیماری آن‌ها به مراحل پیشرفته‌تری نیز رسیده بود. میزان پذیرش گروه دوم برای اتانازی فعال نسبت به گروه اول بالاتر بود (۶۹ - ۵۷ در مقابل ۲۱-۱۱) که نشان دهنده‌ی تمایل بیماران به انجام اتانازی با پیشرفت بیماری ایشان است (۹).

^۱ Amyotrophic lateral sclerosis

اتانازی علاوه بر این که می‌تواند به تخصیص منابع کمک کرده و به درخواست بیماران احترام بگذارد، می‌تواند راهگشای پزشکان در انجام تصمیمات در این زمینه باشد.

در این مطالعه متغیر دین به صورت مسلمان و غیرمسلمان طبقه‌بندی شده بود که به دلیل کمبود حجم افراد غیرمسلمان به مسلمان امکان بررسی این متغیر وجود نداشت. پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آینده سطح اعتقادی افراد به عنوان یک متغیر بررسی گردد. همچنین با توجه به این که اکثر مطالعات انجام شده در دنیا بر روی بیماران مراحل انتهایی حیات بوده است، پیشنهاد می‌گردد که چنین مطالعه‌ای نیز در کشور ما انجام گیرد. از سوی دیگر، شاید بتوان با پی بردن به علت درخواست اتانازی بیماران به ایشان کمک بسزایی کرد و قوانین مربوط به انجام اتانازی را به شکل مؤثرتری تدوین نمود.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران مراتب سپاس خود را از دانشکده‌ی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران بابت حمایت از این پایان‌نامه و همچنین از آقای دکتر علیرضا پارساپور و همکاران بابت اجازه استفاده از پرسشنامه ابراز می‌دارند.

افزایش سطح اعتقادات مذهبی بیماران نسبت به پدیده‌ی اتانازی نشان می‌دهد.

از نظر متغیر سطح تحصیلات، در مطالعه‌ای که توسط Vanwijman در هلند انجام شد، نظر ۱۶۲۱ نفر از افراد آلمانی‌زبان هلند را در مورد تمایل به اتانازی در صورت ابتلا به بیماری لاعلاج و غیرقابل درمان جویا شدند. نتایج حاصل از این مطالعه نشان‌دهنده‌ی افزایش تمایل به اتانازی با افزایش سطح تحصیلات افراد است (۱۳).

در مطالعه‌ی ما هیچ رابطه‌ی معنی‌داری بین سواد و درخواست اتانازی پیدا نشد. این امر می‌تواند به علت تأثیر عمیق دیگر باورهای اجتماعی بر روی مسأله‌ی مهمی چون مرگ باشد. ظاهراً تأثیر باورهای فرهنگی و مذهبی افراد در جامعه بسیار نهادینه‌تر از سطح تحصیلات آن‌ها برای چنین انتخاب مهمی در مورد مرگ و زندگی افراد است.

از نظر متغیر جنس نیز فقط در مورد اتانازی غیرفعال غیر داوطلبانه، رابطه‌ی معنی‌داری بین جنس و موافقت با اتانازی وجود داشت. به طوری که از بین موافقان ۶۹/۹ درصد زن و ۲۰/۱ درصد مرد بودند. این موضوع می‌تواند به علت تمایل بیش‌تر مردان در جامعه برای تصمیم‌گیری و انفعال اجتماعی زنان در تصمیم‌گیری باشد. به طوری که زنان ترجیح می‌دهند تصمیم‌گیری برای انجام اتانازی به شکل غیرداوطلبانه بوده و شخص دیگری برای ایشان تصمیم‌گیری کند.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج حاصل از این بررسی انجام یک مطالعه‌ی هدفمند برای ایجاد دستورالعملی قانونمند جهت انجام اتانازی غیرفعال در بیمارستان‌ها، لازم به نظر می‌رسد. نتایج این مطالعه نشان‌دهنده‌ی موافقت اکثر بیماران با انجام اتانازی غیرفعال داوطلبانه است. با توجه به کثرت بیماران مراحل انتهایی حیات، به علت پیشرفت‌های پزشکی و درمان‌های طولانی‌کننده‌ی حیات و از طرف دیگر به علت نیاز به اولویت بندی امکانات برای بیماران و همچنین موافقت خود بیماران با اتانازی غیرفعال، تدوین قانونی جامع برای انجام این نوع

<http://en.wikipedia.org/wiki/Euthanasia>.
(accessed on 2010).

- 9- Pousset G, Bilsen J, De Wilde J, et al. Attitudes of adolescent cancer survivors toward end-of-life decisions for minors. *Pediatrics* 2009; 124(6): 1142-8.
- 10- Carter GL, Clover KA, Parkinson L, et al. Mental health and other clinical correlates of euthanasia attitudes in an Australian outpatient cancer population. *Psychooncology* 2007; 16(4): 295-303.
- 11- Moss AH, Hozayen O, King K, Holley JL, Schmidt RJ. Attitudes of patients toward cardiopulmonary resuscitation in the dialysis unit. *AM J kidney* 2001; 38(4): 847-52.
- 12- 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 (9): 2012-9.
- 13- Van Wijmen MP, Rurup ML, Pasman HR, Kaspers PJ, Onwuteaka-Philipsen BD. Advance directives in the Netherlands: an empirical contribution to the exploration of a cross-cultural perspective on advance directives. *Bioethics* 2010; 24(3): 118-26.

منابع

- 1- Wolhandler SJ. Voluntary active euthanasia for terminally ill and the constitutional right to privacy. *J Cornell Law Review* 1984; 69(2): 363-83.
- ۲- پارساپور ع، همتی ا. نوشتاری پیرامون اتانازی. مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه تهران؛ ۱۳۸۷.
- 3- Anonymous. The Special Senate Committee on Euthanasia and Assisted Suicide Of life and death. URL:<http://www.parl.gc.ca/35/1/parlbus/commbus/senate/com-e/euth-e/rep-e/lad-tc-e.htm> (accessed on May 2010).
- 4- Kamm FM. Ending life .In: Rhodes R, Francis L, Silvers A. *The Black well Guide to Medical ethics*. Black well publishing; 2007, p.142-62.
- 5- Friedenber RM. Euthanasia. *Radiology* 2001; 221: 576-80.
- 6- Aramesh K, Shadi H. Euthanasia: an Islamic ethical perspective. *Iran J Allergy Asthma Immunol* 2007; 6: 37-40.
- 7- Cohen-Almagor R. *The Right to Die With Dignity: An Argument in Ethics, Medicine, and Law*. Rutgers University Press; 2001.
- 8- Anonymous. Euthanasia. URL: