بررسی نگرش انترن‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران در ارتباط با اتانازی

علی طاوسیان[۱]، مجتبی صداقت[۲]، کیارش آرامش[*۳]

مقاله‌ی پژوهشی

چکیده

هدف این مطالعه بررسی نگرش انترن‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران در ارتباط با اتانازی بوده است. این مطالعه در چهار ماهه‌ی نخست سال ۱۳۸۸ به انجام رسید. ابزار پژوهش پرسشنامه بوده که روایی و پایایی آن مورد تأیید قرار گرفته است. ۱۰۰ نفر از انترن‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران به‌صورت تصادفی از میان ۲۴۶ انترن شاغل در ۴ بیمارستان اصلی انتخاب شدند و پرسشنامه‌ای توسط آنان تکمیل گردید. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات بسته به نوع متغیر از آزمون Chi^2 یا T-test استفاده گردید.

به‌طور کلی ۵۴ درصد انترن‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران با اتانازی مخالف بوده‌اند. این در حالی بود که میزان پاسخ‌های مخالف نسبت به اتانازی فعال داوطلبانه ۸۸ درصد، اتانازی فعال غیرداوطلبانه ۴۷ درصد، اتانازی غیرفعال داوطلبانه ۱۸ درصد و اتانازی غیرفعال غیرداوطلبانه ۹۵ درصد بوده است. این نگرش ارتباطی با سن و جنسیت انترن‌های شرکت‌کننده در مطالعه نداشت. علاوه بر این افزایش مشاهده موارد بیماران در مراحل پایانی زندگی توسط انترن‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران رابطه‌ی مثبتی با نگرش آنان نسبت به اتانازی داشته است.

در این مطالعه نیز نحوه‌ی تأثیر عوامل گوناگون بر نگرش نسبت به اتانازی مشابه با برخی از مطالعات و در تضاد با مطالعات دیگر بود. با دانستن نگرش پزشکان یک جامعه نسبت به مسأله‌ی اتانازی می‌توان با یک برنامه‌ریزی اصولی در جهت ارتقای مراقبت از بیمارانی که اتانازی در مورد آنان مطرح است گام مؤثری برداشت.

واژگان کلیدی: اتانازی، نگرش، ایران

[۱] دانشجوی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

[۲] استادیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

[۳] 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

[Downloaded from ijme.tums.ac.ir on 2024-07-18]

مقدمه

پیشرفت‌های چشم‌گیر دانش پزشکی در دهه‌های اخیر سبب تغییر مفهوم مرگ از دیدگاه مردم، پزشکان و جامعه شناسان شده است (۳-۱). با در نظر گرفتن این تغییرات و امیدهای زیادی که نسبت به درمان بیماری‌های صعب العلاج و لاعلاج به‌وجود آمده، انتظار عامه‌ی مردم و به تبع آن جامعه‌ی پزشکی از کیفیت زندگی افزایش قابل ملاحظه‌ای داشته است (۳، ۱).

به‌سبب این تغییرات به‌وجود آمده در نحوه‌ی زندگی مردم و پیشرفت دانش پزشکی مسائلی از قبیل چطور و چگونه مردن در سال‌های اخیر از اهمیت به‌خصوصی برخوردار بوده است. در این زمینه مهم‌ترین اصطلاحی که مورد توافق و بحث بوده است، واژه اتانازی می‌باشد (۲، ۱).

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

- اتانازی فعال داوطلبانه

(active voluntary euthanasia)

تزریق عامدانه‌ی دارو یا اقداماتی دیگر که منجر به مرگ بیمار شود. این عمل براساس 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. در اتانازی فعال داوطلبانه دو شرط بسیار مهم است. اول آن‌که تصمیم خود بیمار بوده و دوم آن‌که بیمار درد و رنجی غیرقابل تحمل داشته و امیدی به بهبود وی وجود نداشته باشد.

- اتانازی فعال غیرداوطلبانه

(active non- voluntary euthanasia)

تزریق عامدانه‌ی دارو یا اقدامات دیگری 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؛ البته مرگ مغزی و زندگی نباتی تنها مواردی نیستند که بیمار قادر به تصمیم‌گیری نیست. در این نوع اتانازی معمولاً پزشک یا تیم پزشکی، کمیته‌ی اخلاق پزشکی و خانواده‌ی بیمار یا قاضی تصمیم می‌گیرند.

- اتانازی غیرفعال داوطلبانه

(passive voluntary euthanasia)

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 در مرگش تسریع ایجاد شود.

- اتانازی غیرفعال غیرداوطلبانه

(passive non- voluntary euthanasia)

معمولاً در مورد بیمارانی به‌کار گرفته می‌شود که شرایط بسیار وخیمی دارند و پزشکان هم مطمئن هستند که درمان امکان پذیر نیست. در این حالت یا درمان را قطع می‌کنند و بیمار را از مواد غذایی یا دارو محروم می‌کنند یا اگر مثلاً بیمار در سیر بیماری‌اش دچار عفونتی شود، درمانی برای عفونت او آغاز نمی‌شود (۱).

پر واضح است که در دهه‌های اخیر علت اصلی مرگ و میر از امراض حاد عفونی به بیماری‌های قلبی – عروقی، حوادث و بدخیمی‌ها تغییر یافته است. اگرچه درمان‌های جدید می‌توانند به‌طور نسبی سبب افزایش طول عمر این بیماران گردند، ولی ماهیت این امراض به گونه‌ای است که همراه با ناتوانی‌های (morbidity) بسیاری است و به‌طور واضح باعث کاهش کیفیت زندگی بیماران می‌شود.

یکی از مهم‌ترین مباحثی که تمامی ادیان الهی به آن پرداخته‌اند، مسأله‌ی مرگ می‌باشد. در تمامی این ادیان به آرامش و آسایش فردی که مرگ وی نزدیک است، توجه خاصی شده است (۳).

در محتوای تمامی ادیان الهی به ممنوعیت قتل نفس اشاره شده است و باتوجه به این مسأله، اتانازی نوعی قتل به‌شمار

[Downloaded from ijme.tums.ac.ir on 2024-07-18]

می‌آید. ولیکن آن‌چه مورد تأیید و تأکید تمامی ادیان است مراقبت مطلوب و توجه به آرامش بیمار در مراحل انتهایی حیات می‌باشد (۳، ۱).

فشار فزاینده‌ای برای حل این مسأله وجود دارد که آیا پزشکان و سایر افراد کادر درمانی می‌توانند در شرایط خاص در ایجاد مرگ بیماران سهیم گردند، یا باید به‌طور کلی از این مسأله دوری گزینند.

با پیشرفت‌های حاصل‌شده در امر درمان در کشور خودمان، ما نیز همگام با دیگر کشورها با مشکل تعدد افراد با بیماری‌های مزمن مواجه هستیم که این بیماری‌ها همراه با افزایش سن باعث ایجاد درد و ناراحتی بسیاری برای بیماران و خانواده‌ی آنان می‌شوند. از دیدگاه دیگر، کمبود امکانات رسیدگی به بیماران در کشورمان الزاماً موجب مطرح شدن بحث اولویت‌بندی در تخصیص امکانات و هم‌چنین انتخاب بیماران در استفاده از امکانات می‌شود. طبیعتاً در این مسأله انتخاب بین مرگ و زندگی جهت کاهش درد و رنج افراد یا تخصیص امکانات به اولویت‌های دیگر مطرح می‌شود؛ که خود بیانگر لزوم یک بررسی جهت درک نگرش افراد و مخصوصاً پزشکان و کادر پزشکی نسبت به مسأله‌ی اتانازی یا مرگ با عزت (death with dignity) است.

نبود یک قانون منسجم، کامل و کارآمد نسبت به تمام جنبه‌های مسأله‌ی اتانازی نیز دلیل دیگری بر لزوم انجام یک بررسی در مورد دیدگاه پزشکان نسبت به این مسأله است. تحقیقات انجام شده در این زمینه در کشورهای غربی باتوجه به اختلافات فاحش فرهنگی و دیدگاه‌های اعتقادی آنان قابل تعمیم به کشور ما نیست. مطالعات انجام شده در سایر کشورهای اسلامی (۴) نیز نمی‌تواند آینه‌ی تمام‌نمایی از وضعیت و نیازهای کشور ما باشد. لذا در این تحقیق نگرش دانشجویان سال‌های آخر پزشکی را که به‌عنوان یک جامعه از کادر پزشکی در نظر گرفته شده‌اند؛ نسبت به جنبه‌های مختلف پدیده‌ی اتانازی بررسی می‌کنیم؛ چرا که این افراد در آینده به‌عنوان پزشک مشغول فعالیت خواهند شد و به‌طور یقین با مسأله‌ای در این زمینه برخورد خواهند داشت.

روش کار

این مطالعه در نیمه‌ی نخست سال ۱۳۸۸ به انجام رسید. ابزار مورد استفاده در این مطالعه پرسشنامه بوده است. این پرسشنامه در مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران تهیه شده است، و قبلاً در مطالعه‌ای که در همین مرکز به انجام رسیده، روایی آن مورد تأیید قرار گرفته است (۱). این پرسشنامه با استفاده از مقیاس Likert و به شکل سه گزینه‌ای مخالفم، نظری ندارم و موافقم طراحی شده است که در آن گزینه‌ی مخالفم به‌عنوان نگرش منفی و گزینه‌ی موافقم به‌عنوان نگرش مثبت نسبت به اتانازی ثبت خواهد شد. پرسشنامه پس از طراحی برای تعیین پایایی بین ۱۵ نفر از انترن‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران به‌صورت اولیه مورد آزمون قرار گرفت. نتایج حاصل از این آزمون اولیه که به‌وسیله‌ی روش بررسی آزمون پایایی آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار گرفت و اعتبار آن به‌صورت ۷۱ درصد (آلفای کرونباخ: ۰/۷۱) محاسبه شد، مورد قبول واقع شده است. پرسشنامه‌ی تهیه شده واجد ۴ نمونه بیمار مطرح شده مرتبط با ۴ جنبه‌ی مختلف اتانازی شامل اتانازی فعال داوطلبانه، اتانازی فعال غیرداوطلبانه، اتانازی غیرفعال داوطلبانه و اتانازی غیرفعال غیرداوطلبانه و ۱۰ سؤال مطرح شده در ارتباط با هریک از جنبه‌ها می‌باشد. بدین صورت که ۲ سؤال مربوط به اتانازی فعال داوطلبانه، ۴ سؤال مربوط به اتانازی فعال غیرداوطلبانه، ۲ سؤال مربوط به اتانازی غیرفعال داوطلبانه و ۲ سؤال مربوط به اتانازی غیرفعال غیرداوطلبانه بوده است.

پاسخ هریک از سؤال‌ها به‌صورت نظرخواهی فرد در ارتباط با هر مورد مطرح شده و به‌صورت یکی از سه پاسخ مخالفم، نظری ندارم و موافقم بوده است.

تعداد انترن‌های شاغل در این چهار بیمارستان در زمان شروع به کار مطالعه به‌صورت ۱۴۸ انترن بیمارستان امام خمینی، ۴۹ انترن بیمارستان شریعتی، ۳۰ انترن بیمارستان سینا و ۱۹ انترن بیمارستان امیراعلم بوده است. از این تعداد انترن

[Downloaded from ijme.tums.ac.ir on 2024-07-18]

شاغل و بر مبنای ۱۰۰ انترن مورد نیاز برای انجام مطالعه، تعداد انترن‌های انتخاب شده از هر بیمارستان به‌صورت ۶۱ نفر از بیمارستان امام خمینی، ۱۹ نفر از بیمارستان شریعتی، ۱۲ نفر از بیمارستان سینا و ۸ نفر از بیمارستان امیراعلم بودند. این تعداد انترن به‌صورت تصادفی از میان تمامی انترن‌های حاضر در هر بیمارستان انتخاب شدند. روش انتخاب تصادفی به‌صورت تصادفی سیستماتیزه بوده است. بدین شکل که اسامی تمامی انترن‌های هر بیمارستان به ترتیب حروف الفبا مرتب شد و برحسب تعداد مورد نیاز از میان تمام انترن‌ها شماره‌های زوج یا مضارب ۳ جهت انجام مطالعه انتخاب شده و پرسشنامه در اختیار آن‌ها قرار گرفت.

جهت رعایت ملاحظات اخلاقی پرسشنامه‌ها بدون نام تهیه شدند؛ و به تمامی شرکت‌کنندگان این اجازه داده شد که در هر مرحله‌ای که تمایل به ادامه شرکت در مطالعه را نداشتند، از پاسخ دادن به سؤالات اجتناب نمایند.

پرسشنامه‌ها در تاریخ‌های مشخص که هنگام تحویل پرسشنامه به افراد شرکت‌کننده اطلاع داده شده بود، جمع‌آوری گردید.

شرایط حذف هریک از پرسشنامه‌ها به‌طوری برنامه‌ریزی شده بود که یک پرسشنامه درصورت کامل نبودن هریک از اطلاعات فردی شرکت‌کنندگان یا بدون جواب بودن حتی یکی از ۱۰ سؤال موجود در پرسشنامه، مورد حذف واقع می‌شد.

پس از جمع‌آوری تمامی پرسشنامه‌ها و بررسی مقدماتی هریک از آن‌ها مشخص شد که تمامی پرسشنامه‌ها کامل هستند و هیچ‌یک از آن‌ها شرایط حذف از مطالعه را نداشتند. اطلاعات تمامی پرسشنامه‌ها توسط برنامه‌ی نرم‌افزاری ۱۰ SPSS تجزیه و تحلیل گردید.

متغیرهای فردی و دموگرافیک به‌صورت توصیف فراوانی مطلق و متغیر مورد سنجش نگرش انترن‌ها نسبت به اتانازی به‌صورت توصیف فراوانی نسبی مورد آنالیز قرار گرفت.

برای تحلیل داده‌ها نسبت به نوع متغیر از آزمون‌های Chi^2 یا T-test استفاده شد و نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌های مطالعه آماده بررسی و ارائه گردید.

نتایج

از تعداد ۱۰۰ نفر انترن دانشگاه علوم پزشکی تهران که در مطالعه شرکت داده شده بودند، تعداد ۵۱ نفر از انترن‌ها مذکر و تعداد ۴۹ نفر از آن‌ها مؤنث بودند. محدوده‌ی سنی آن‌ها مابین ۲۴ و ۳۰ سال بوده است. اکثر انترن‌ها(۶۷ درصد) سن برابر با ۲۵ و ۲۶ سال داشته‌اند.

تمامی انترن‌ها مسلمان بودند. ۹۷ نفر از آن‌ها ایرانی، یک نفر با ملیت کشور سودان، ۲ نفر با ملیت کشور پاکستان در این مطالعه شرکت داشتند که این ۳ نفر اخیر برای تحصیلات دانشگاهی در کشور ایران به‌سر می‌برند.

محدوده‌ی نمرات پره‌انترنی شرکت‌کنندگان در این مطالعه بین ۸۷ و ۱۸۴ بوده است. بیش‌ترین تعداد نمرات خام پره‌انترنی حاضران در تحقیق برابر با ۱۳۰، ۱۴۰ و ۱۴۲ بوده است.

نتایج نشان داد که ۱۶ درصد انترن‌ها در طول مدت کاری خود با کم‌تر از ۵ بیمار در مراحل انتهایی حیات (end stage) برخورد داشته‌اند. ۱۷ درصد آنان نیز تاکنون با تعداد ۵ تا ۱۰ بیمار end stage رو به رو شده بودند. این در حالی بود که اکثریت انترن‌های شرکت‌کننده در این مطالعه (۶۷ درصد) اعلام داشتند که در طول مدت کاری خود با بیش از ۱۰ بیمار در مراحل انتهایی زندگی برخورد داشته‌اند.

نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌های مطالعه نسبت به چهار جنبه‌ی مختلف اتانازی به شرح زیر است:

در نمونه‌ی اول که مربوط به اتانازی فعال داوطلبانه است و نمرات درنظر گرفته شده برای سه گزینه‌ی مخالفم، نظری ندارم و موافقم (به ترتیب ۱، ۲، ۳)، مشخص است که اگر فردی مخالفت کامل با این جنبه از اتانازی داشته باشد و برای جواب هر دو سؤال مربوط به این قسمت گزینه‌ی مخالفم را انتخاب کرده باشد، نمره‌ی ۲ به‌دست می‌آورد و در صورت موافقت کامل با آن و انتخاب گزینه‌ی موافقم در هر دو سؤال

[Downloaded from ijme.tums.ac.ir on 2024-07-18]

نمره‌ی وی ۶ خواهد بود. بنابراین، محدوده‌ی نمرات به‌دست آمده از هر پرسشنامه در ارتباط با اتانازی فعال داوطلبانه بین ۲ و ۶ خواهد بود. به‌دست آوردن نمرات ۲ لغایت ۴ نشان‌دهنده‌ی مخالفت با اتانازی فعال داوطلبانه بوده است. بر این اساس، مشخص شد که میزان مخالفت با اتانازی فعال داوطلبانه در این مطالعه برابر با ۸۸ درصد بوده است.

براساس توضیحات ارائه شده برای نمونه‌ی اول مطرح شده در پرسشنامه در قسمت اتانازی فعال غیرداوطلبانه، به علت شامل بودن ۴ سؤال، مخالفت کامل با این جنبه از اتانازی برابر با نمره‌ی ۴ است، در صورتی که موافقت کامل با آن نمره برابر ۱۲ خواهد بود. نمرات ۴ لغایت ۸ در این مورد بیانگر مخالفت با اتانازی فعال غیرداوطلبانه است که بر این اساس میزان مخالفت با این جنبه از اتانازی به اندازه‌ی ۴۷ درصد محاسبه شده است.

تعداد سؤالات مطرح شده برای اتانازی غیرفعال داوطلبانه ۲ سؤال است. در نتیجه مخالفت کامل با این جنبه از اتانازی برابر با نمره‌ی ۲ و موافقت کامل و انتخاب گزینه‌ی موافقم برای هر دو سؤال مطرح شده برابر با نمره‌ی ۶ است که نمرات ۲ لغایت ۴ بیانگر مخالفت با اتانازی غیرفعال داوطلبانه است. براین اساس، میزان مخالفت با اتانازی غیرفعال داوطلبانه به اندازه‌ی ۱۸ درصد محاسبه شده است.

در بخش اتانازی غیرفعال غیرداوطلبانه نیز تعداد سؤالات برابر با ۲ بوده است که در نتیجه، نمره مخالفت کامل با اتانازی غیرفعال غیرداوطلبانه برابر با ۲ و نمره‌ی موافقت کامل با آن برابر با ۶ است. که نمرات ۲ لغایت ۴ به‌عنوان مخالفت با این جنبه از اتانازی درنظر گرفته شده است. بر این اساس، میزان مخالفت با اتانازی غیرفعال غیرداوطلبانه به اندازه‌ی ۹۵ درصد محاسبه شده است. تجزیه و تحلیل داده‌های مربوط به چهار جنبه‌ی مختلف اتانازی به ما نشان داد که نگرش کلی انترن‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران که در این مطالعه شرکت کرده بودند به‌صورت مخالفت با اتانازی به میزان ۵۴ درصد بوده است. این پرسشنامه شامل ۱۰ سؤال بوده است در صورتی که فردی برای تمامی ۱۰ سؤال مطرح شده در ارتباط با اتانازی گزینه‌ی مخالفم را انتخاب کرده باشد، نمره‌ی ۱۰ را به‌دست آورده است ولیکن اگر فردی در پاسخ به این ۱۰ سؤال برای تمامی آن‌ها گزینه‌ی موافقم را انتخاب کرده باشد نمره‌ی ۳۰ را به‌دست آورده است که نمرات ۱۰ لغایت ۲۰ به‌عنوان نگرش منفی و مخالفت با اتانازی درنظر گرفته شده است.

هدف ما از ادامه‌ی تحلیل داده‌ها آن بود تا به بررسی ارتباط بین چهار متغیر مورد مطالعه در این طرح و نگرش منفی ۵۴ درصدی نسبت به اتانازی در میان انترن‌های شرکت‌کننده در این مطالعه بپردازیم. این چهار متغیر شامل جنس و سن شرکت‌کنندگان، تعداد بیماران در مراحل انتهایی حیات که توسط شرکت‌کنندگان در مطالعه مشاهده شده بودند و هم‌چنین نمره‌ی پره‌انترنی حاضران در مطالعه بود.

پس از بررسی ارتباط بین نگرش انترن‌های علوم پزشکی دانشگاه تهران نسبت به اتانازی و جنسیت آن‌ها به این نتیجه رسیدیم که نگرش شرکت‌کنندگان نسبت به اتانازی در این مطالعه ارتباط معنی‌داری با جنسیت آنان ندارد (P = ۰/۴).

در بررسی ارتباط این نوع نگرش و سن پاسخ‌دهندگان به این مطالعه نیز وضعیت به همین ترتیب بود. به‌طوری که نگرش انترن‌های مشارکت داده شده در این تحقیق نسبت به اتانازی ارتباط آماری معنی‌داری با سن شرکت‌کنندگان نداشت (P = ۰/۳۳).

در مورد بررسی ارتباط نگرش انترن‌ها نسبت به اتانازی و تعداد بیماران مشاهده شده در مراحل پایانی زندگی توسط انترن‌ها به این نتیجه رسیدیم که ارتباط آماری معنی‌داری بین نگرش مثبت نسبت به اتانازی و تعداد بیماران مشاهده شده در مراحل پایانی زندگی توسط انترن‌ها وجود دارد (P = ۰/۰۲۴). این ارتباط به این شکل است که هرچه تعداد بیماران end stage دیده شده توسط انترن‌ها بیش‌تر بوده باشد، نگرش آنان نسبت به اتانازی بیش‌تر به سمت موافقت با اتانازی پیش می‌رود.

[Downloaded from ijme.tums.ac.ir on 2024-07-18]

آخرین مورد تجزیه و تحلیل داده‌ها در این مطالعه مربوط به بررسی ارتباط نگرش انترن‌ها نسبت به اتانازی و نمره‌ی پره‌انترنی آن‌ها بوده است. در این قسمت پس از تحلیل داده‌ها به این نتیجه رسیدیم که بین نگرش انترن‌های مشارکت داده شده در این مطالعه نسبت به اتانازی و نمره‌ی پره‌انترنی آن‌ها ارتباط آماری معنی‌داری وجود دارد (P = ۰/۰۰۴). ارتباط بین نوع نگرش و نمره‌ی پره‌انترن بدین صورت است که با افزایش نمره‌ی پره‌انترنی انترن‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران، نگرش آن‌ها نسبت به مسأله‌ی اتانازی به سمت مخالفت با آن پیش رفته است.

بحث و نتیجه‌گیری

همان‌طور که در بخش یافته‌ها ملاحظه شد:

نگرش ۵۴ درصد افراد حاضر در این مطالعه که شامل ۱۰۰ نفر از انترن‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران بودند؛ به‌صورت منفی و مخالفت با اتانازی بوده است.

میزان موافقت یا مخالفت با اتانازی در مطالعات انجام شده در این ارتباط تا به امروز نشان دهنده‌ی اعداد و ارقام متفاوت بوده است.

در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۲ در ایالات متحده آمریکا به‌صورت مروری بر مطالعات انجام شده در ارتباط با اتانازی از سال ۱۹۹۷ بود، نشان داد که ۵۶/۶ درصد پزشکان آمریکایی موافق با انجام اتانازی در بیماران بوده‌اند (۵).

در مطالعه‌ای که توسط Giannini و همکاران در سال ۲۰۰۲ بر روی پزشکان شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان‌های شهر میلان ایتالیا انجام گرفت، نتایج نشان داد که ۸۲ درصد پزشکان شاغل در این مرکز اعتقاد داشتند که کم‌تر از ۱۰ درصد از مرگ‌های اتفاق افتاده در محل کاری آن‌ها به علت جدا کردن عمدی دستگاه‌های تهویه‌ی مصنوعی از بیماران است (۶).

تفاوت نگرش پزشکان در ارتباط با مسأله‌ی اتانازی محدود به تحقیقات انجام گرفته در زمان و کشورهای مختلف و توسط محققان متفاوت نبوده است.

نتایج بررسی نگرش پزشکان در دو مرکز پزشکی در شهر لندن، که در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۲ انجام پذیرفت، نشان داد که میزان موافقت با اتانازی میان پزشکان این دو مرکز برابر با ۸۰ درصد در یکی از مراکز و ۵۲ درصد در مرکز دیگر بود (۷).

در مطالعه‌ی صورت‌گرفته توسط Chong و همکاران در سال ۲۰۰۵ در کشور هنگ کنگ موافقت با اتانازی در میان پزشکان حاضر در مطالعه برابر با ۴۳ درصد نظرات بوده است (۸).

در بررسی انجام شده توسط Rurup و همکاران در آمستردام هلند در سال ۲۰۰۵ میزان نگرش موافق با انجام اتانازی در میان پزشکان شرکت داده شده در مطالعه برابر با ۵۶ درصد به دست آمد (۹).

در مطالعات انجام شده جهت بررسی نگرش پزشکان مسلمان نسبت به اتانازی؛ در تحقیق Ahmed و همکاران در سال ۲۰۰۱، ۸۵ درصد پزشکان شاغل در خارطوم سودان که در مطالعه شرکت کرده بودند، نسبت به مسأله‌ی اتانازی نگرش منفی داشتند. مشابه این نتیجه در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۵ توسط Abbas و همکاران در پزشکان پاکستانی صورت گرفت مشاهده شد. به‌صورتی که در این مطالعه نیز تنها ۱۵/۳ درصد پزشکان موافق با انجام اتانازی بودند (۱۱، ۱۰).

در ارزیابی که kasa در سال ۲۰۰۲ در Puerto Rico انجام داد، ۲۸ درصد دانشجویان پزشکی نگرش مثبت نسبت به اتانازی داشتند (۱۲).

در مطالعه‌ی انجام شده در مجارستان در سال ۲۰۰۲، ۶۰ درصد دانشجویان پزشکی حاضر در این پژوهش موافقت خود را با انجام اتانازی اعلام کرده بودند (۱۳).

نتیجه‌ی به‌دست آمده از مطالعه Ahmed و همکاران که در سال ۲۰۰۶ به بررسی نگرش دانشجویان سال آخر پزشکی دانشگاه خارطوم سودان نسبت به اتانازی پرداخته بود، به‌صورت مخالفت با اتانازی به میزان ۷۶ درصد بوده است (۴).

[Downloaded from ijme.tums.ac.ir on 2024-07-18]

همان‌طور که مشاهده شد نگرش نسبت به اتانازی چه در میان پزشکان و چه در میان دانشجویان در مطالعات مختلف انجام شده بسیار گوناگون بوده است. براین اساس، متفاوت بودن نتیجه‌ی نگرش انترن‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران نسبت به اتانازی که ما در این مطالعه به بررسی آن پرداختیم و آن را به‌صورت مخالفت ۵۴ درصدی با اتانازی به‌دست آوردیم؛ قابل پیش بینی بوده است.

ما در این مطالعه به این نتیجه رسیدیم که نگرش انترن‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران نسبت به اتانازی ارتباطی با سن آن‌ها نداشته است.

این مسأله و عدم ارتباط نگرش نسبت به اتانازی و سن افراد حاضر در مطالعه، در چندین مطالعه انجام شده نیز به اثبات رسیده بود. از جمله‌ی این مطالعات می‌توان به مطالعه‌ی Dickinson و همکاران در سال ۲۰۰۲ در انگلستان و مطالعه‌ی Chong و همکاران که در دانشکده‌ی مطالعات اجتماعی دانشگاه هنگ کنگ انجام شده بود، اشاره کرد. در این مطالعات ارتباط معنی‌داری میان سن شرکت‌کنندگان در تحقیق و نگرش آنان نسبت به مسأله‌ی اتانازی دیده نشد (۸ ، ۷).

به‌عنوان نمونه، Rurup و همکاران در مطالعه‌ی خود که در مرکز بررسی سلامت شغلی و اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی آمستردام هلند انجام شده بود، به این نتیجه رسیدند که با افزایش سن پزشکان میزان موافقت با اتانازی در میان پزشکان افزایش یافته است. ولیکن در مطالعه‌ی انجام شده توسط Abbas و همکاران در سال ۲۰۰۵ بر روی پزشکان پاکستانی و هندی این نتیجه به اثبات رسید که تمایل به انجام اتانازی و نگرش مثبت نسبت به آن در میان پزشکان جوان‌تر بیش‌تر بوده است. هم‌چنین نتیجه‌ی مشابه در مطالعه‌ی انجام شده توسط Jegesy و همکاران در مجارستان در سال ۲۰۰۲ مشاهده شد. بدین‌صورت که سن پایین‌تر دانشجویان پزشکی به‌عنوان عاملی تأثیرگذار بر روی نگرش مثبت نسبت به مسأله‌ی اتانازی بوده است (۱۳ ، ۱۱ ، ۹).

عدم ارتباط میان نگرش پزشکان نسبت به اتانازی و جنسیت آنان در مطالعه‌ی Dickinson و همکاران، مطالعه‌ی Ming و همکاران، مطالعه‌ی Rurup و همکاران و مطالعه‌ی Ahmed و همکاران نیز به اثبات رسیده است (۹، ۸ ، ۷ ، ۴).

مطالعات Giannini و همکاران، Abbas و همکاران، Kasa و همکاران و Jegesy و همکاران نشان می‌دهد که جنس عامل مؤثری بر روی نگرش پزشکان و دانشجویان پزشکی نسبت به اتانازی می‌باشد. این ارتباط در جنس مذکر و به‌صورت افزایش موافقت با اتانازی در بیماران به اثبات رسیده است (۱۳ ، ۱۲، ۱۱ ، ۶).

از جمله مطالعاتی که به بررسی افزایش نگرش مثبت نسبت به اتانازی در میان پزشکان و تعداد بیماران end stage مشاهده شده توسط پزشکان پرداخته‌اند و این مطلب در مطالعات آنان تأیید شده است می‌توان به مطالعات Dickinson و همکاران، Giannini و همکاران، Feteke و همکاران و Ahmed و همکاران اشاره کرد (۱۳ ، ۷ ، ۶ ، ۴).

آخرین موردی که در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفت، ارتباط نگرش انترن‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران نسبت به اتانازی و نمره‌ی پره‌انترنی آن‌ها بوده است.

همان‌طور که در قسمت یافته‌ها نیز مشاهده گردید این ارتباط بدین‌صورت بود که با افزایش نمره‌ی پره‌انترنی انترن‌های حاضر در این مطالعه، نگرش منفی نسبت به اتانازی در بین آن‌ها تقویت می‌شده است.

در مطالعات انجام شده که شرح آن‌ها در فصل مرور منابع نیز آمده است، مورد مشابهی نسبت به بررسی چنین ارتباطی دیده نشد.

درصورتی که نمره‌ی پره‌انترنی انترن‌های حاضر در این مطالعه را به‌عنوان شاخصی از میزان توانایی‌های علمی و عملی انترن‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران به‌حساب آوریم، به‌نظر می‌رسد که داشتن اطلاعات بیش‌تر در ارتباط با مسائل و مشکلات بیماران در مراحل پایانی زندگی (end estage) و نحوه‌ی برخورد با آن‌ها به‌خصوص انواع راهبردهای کنترل

[Downloaded from ijme.tums.ac.ir on 2024-07-18]

درد در بیماران سبب می‌شود که نگرش انترن‌ها و دانشجویان به سمت مخالفت با اتانازی تقویت شود.

در مطالعه‌ی انجام گرفته توسط karlsson و همکاران در سال ۲۰۰۷ در دانشگاه Linkopin در استکهلم سوئد، مشخص شد که دانشجویان شرکت‌کننده در این پژوهش به‌طور مشخص اعتقاد داشتند که نیاز است تا تعلیمات لازم و کافی در ارتباط با کنترل علائم بیماران end stage به‌خصوص کنترل درد در دوران آموزشی دانشجویان پزشکی گنجانده شود تا آنان بتوانند با داشتن دانش لازم در این زمینه کیفیت زندگی بیماران را در مراحل انتهایی حیات بهبود بخشند (۱۴).

به‌نظر می‌رسد که پس از مشخص شدن نگرش انترن‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران در ارتباط با اتانازی نیاز است تا مطالعاتی ترتیب داده شوند که نگرش پزشکان را نیز در ارتباط با مسأله‌ی اتانازی پس از فراغت از تحصیل بررسی نمایند.

البته به نظر می‌رسد که هم‌چنان نیاز به تدوین مطالعاتی ملموس باشد تا براساس آن‌ها و نتایج حاصل از این مطالعه، برنامه‌ریزی مدونی در ارتباط با بیماران در مراحل پایانی زندگی و نقش پزشکان مرتبط با آنان طرح‌ریزی گردد.

منابع

۱- همتی ا ر، پارساپور ع ر. نوشتاری پیرامون اتانازی. تهران: مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران؛ ۱۳۸۵، ص ۶۲-۳.

2- Oduncu FS. Euthanasia: killing as due care? Wien Med Wochenschr 2003; 153(17-18): 387-91.
3- Sachedina A. End-of-life: the Islamic view. Lancet 2005; 366(9487): 774-9.
4- Ahmed AM, Kheir MM. Attitudes towards euthanasia among final-year Khartoum University medical students. East Mediterr Health J 2006; 12(3-4): 391-7.
5- Emanuel EJ. Euthanasia and physician-assisted suicide: a review of the empirical data from the United State. Arch Intern Med 2002; 162(2): 142-52.
6- Giannini A, Pessina A, Tacchi EM. End-of-life decisions in intensive care units: attitudes of physicians in an Italian urban setting. Intensive Care Med 2003; 29(11): 1902-10.
7- Dickinson GE, Lancaster CJ, Clark D, Ahmedzai SH, Noble W. U.K. physicians' attitudes toward active voluntary euthanasia and physician-assisted suicide. Death Stud 2002; 26(6): 479-90.
8- Chong AM, Fok SY. Attitudes toward euthanasia in Hong Kong--a comparison between physicians and the general public. Death Stud 2005; 29(1): 29-54.
9- Rurup ML, Onwuteaka-Philipsen BD, Van Der Wal G. A suicide pill for older people: attitudes of physicians, the general population, and relatives of patients who died after euthanasia or physician-assisted suicide in The Netherlands. Death Stud 2005; 29(6): 519-34.
10- Ahmed AM, Kheir MM, Abdel Rahman A, Ahmed NH, Abdalla ME. Attitudes towards euthanasia and assisted suicide among Sudanese doctors. East Mediterr Health J 2001; 7(3): 551-5.
11- Abbas SQ, Abbas Z, Macaden S. Attitudes towards euthanasia and physician-assisted suicide among Pakistani and Indian doctors: a survey. Indian J Palliat Care 2008; 14(2): 71-4.
12- Ramirez-Rivera J, Cruz J, Jaume-Anselmi

[Downloaded from ijme.tums.ac.ir on 2024-07-18]

F. Euthanasia, assisted suicide and end-of-life care attitudes of students, residents and attending physicians. P R Health Sci J 2006; 25(4): 325-9.
13- Fekete S, Osvath P, Jegesy A. Attitudes of Hungarian students and nurses to physician assisted suicide. J Med Ethics 2002; 28(2): 126.
14- Karlsson M, Strang P, Milberg A. Attitudes toward euthanasia among Swedish medical student. Palliat Med 2007, 21(7): 615-22.

[Downloaded from ijme.tums.ac.ir on 2024-07-18]

[Downloaded from ijme.tums.ac.ir on 2024-07-18]