

سنجش نگرش به اتانازی

ناصر آقابابایی^{۱*}

مقاله‌ی پژوهشی

چکیده

اتانازی یا پایان دادن آسان به زندگی یک بیمار پایانی، از بحث انگیزترین موضوع‌های اخلاقی است که اطلاع چندانی از نگرش جامعه‌ی ایران به آن در دست نیست. در اختیار داشتن ابزارهای روا و پایا می‌تواند پژوهش در این زمینه را تسهیل کند. پژوهش حاضر با هدف سنجش میزان پذیرش اتانازی در گروهی از دانشجویان و بررسی روایی و پایایی مقیاس نگرش به اتانازی انجام شد. ۴۳۷ دانشجو علاوه بر قضاوت درباره‌ی اخلاقی بودن اتانازی (پاسخ به مقیاس پذیرش اتانازی)، به مقیاس نگرش به اتانازی پاسخ دادند. برای تحلیل داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی و استنباطی از جمله تحلیل عاملی و روایی همگرا استفاده شد. تحلیل داده‌ها نشان داد تنها ۲۷/۹ درصد شرکت‌کنندگان با اتانازی موافقت می‌کنند. پذیرش اتانازی قوی‌ترین رابطه را با ملاحظات اخلاقی داشت. تحلیل عاملی مقیاس نگرش به اتانازی، ساختاری سه عاملی را تأیید کرد. آلفای کرونباخ مقیاس، برابر با ۰/۸۸ و همبستگی آن با نمره‌ی پذیرش اتانازی برابر با ۰/۵۴ بود که نشان‌دهنده‌ی پایایی درونی و روایی همگرای مقیاس است. بنابر یافته‌های پژوهش، بیش‌تر دانشجویان با اتانازی مخالفند و مخالفت آن‌ها از میان چهار حیطه‌ی نگرش به اتانازی، با ملاحظات اخلاقی بیش‌تر است. هم‌چنین، یافته‌های پژوهش نشان داد نسخه‌ی فارسی مقیاس نگرش به اتانازی، ابزاری معتبر برای سنجش نگرش به اتانازی است.

واژگان کلیدی: اخلاق پزشکی، اتانازی، نگرش به اتانازی

^۱ کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران

* نشانی: تهران، بزرگراه شهید چمران، خیابان جلال آل احمد، روبه‌روی کوی نصر، دانشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی،

تلفن: ۰۹۱۲۷۴۶۴۷۵۰ ، Email: naseragha@gmail.com

مقدمه

انسان‌ها طی فرایند مرگ و مردن به تدریج محرومیت‌های فیزیکی، روان‌شناختی و اجتماعی را تجربه می‌کنند که به ترس و نومی‌دی می‌انجامد و نیازهای روان‌شناختی متعددی را آشکار می‌سازد. افراد ترجیح می‌دهند فرصت آماده شدن برای مرگ را داشته باشند (۱). خواست برخی برای کنترل فرایند مردن (به‌عنوان جنبه مهمی از یک مرگ خوب) به‌اندازه‌ای است که برای مرگ خود برنامه می‌ریزند و خارج از نظام درمانی رسمی به آن تحقق می‌بخشند (۲). به گواه بسیاری از مؤلفان، پیشرفت‌ها در پزشکی و فناوری‌های وابسته، پدیدایی زندگی و مرگ را دگرگون کرده است. بیش‌تر فناوری‌های پزشکی بر روند زندگی مؤثرند و افراد می‌توانند مدت‌ها با وجود بیماری زندگی کنند. بهره بردن از فناوری در پزشکی و در نتیجه نجات انسان‌ها یا کاهش رنج آن‌ها، موضوع کجا و چگونه مردن را برجسته کرده است. اتانازی مهم‌ترین اصطلاح بحث شده در این زمینه است. بسیاری از مؤلفان، پدیدایی بحث اتانازی را ناشی از پیشرفت‌های پزشکی دانسته‌اند (۱۱-۳) و برخی دیگر مانند Singer (۱۲)، McInerney (۱۴)، Jeffrey (۱۵) و Jeffrey (۱۳) مطرح شدن موضوع اتانازی را به تحولات و نهضت‌های اجتماعی قرن اخیر نسبت می‌دهند که بر هویت، فردیت و کنترل بدن خود به موازات حق مردن تأکید می‌کنند و به گفته‌ی Jeffrey (۱۵) هنگامی این بحث برجسته شد که استقلال فردی بیش از عدالت، توجه‌ها را به خود جلب کرد.

اصطلاح اتانازی ریشه در واژه‌ای یونانی دارد و به معنای مرگ خوب است. ریشه‌ی این واژه یونانی به ۲۰۰ تا ۵۰۰ سال پیش از میلاد مسیح برمی‌گردد (۱۶). نخستین کاربرد واژه‌ی اتانازی در زبان انگلیسی به سال ۱۶۴۶ باز می‌گردد که به معنای مرگ آرام و آسان به‌کار رفت (۱۷). این تعریف با کاربرد معاصر واژه‌ی اتانازی همسان نیست (۱۸). فرهنگ لغات وبستر، نخستین کاربرد واژه‌ی اتانازی در زبان انگلیسی

در معنای کنونی‌اش را به سال ۱۸۶۹ بر می‌گرداند. تعریف این فرهنگ‌نامه از اتانازی چنین است: اقدام یا ممارست به کشتن یا اجازه‌ی مردن دادن به افراد (شامل اشخاص یا حیوانات) آسیب دیده یا بیمار لاعلاج، با وسایلی تقریباً بدون درد به‌دلیل ترحم (۱۹). اتانازی به‌طور نظری انواعی دارد و در نخستین تقسیم‌بندی به دو نوع فعال و غیرفعال تقسیم می‌شود (۲۰). هر یک از این دو در تقسیم‌بندی‌های ثانویه به انواع داوطلبانه، غیر داوطلبانه و اجباری تقسیم می‌شوند.

وقتی سخن از اتانازی می‌رود غالباً نوع داوطلبانه‌ی آن مورد نظر است (۲۱). اتانازی بدون رضایت بیمار مصداق آدمکشی^۱ است (۲۳، ۲۲، ۱۲، ۱۰). در برخی کاربردها اتانازی از این هم محدودتر شده و تنها در مورد نوع فعال آن به‌کار رفته است (۲۴).

استدلال‌ها در پشتیبانی از اتانازی چندان جدید و زیاد نیستند (۲۵). مهم‌ترین استدلال‌ها برای اتانازی عبارتند از: درد شدید که مبتلایان به بیماری‌های درمان‌ناپذیر تحمل می‌کنند، سربار شدن افرادی که نمی‌توانند در فعالیت‌های طبیعی شرکت کنند و حق افراد برای تصمیم‌گیری درباره‌ی زندگی‌شان. مورد اخیر در چارچوب احترام به استقلال فردی مفهوم‌سازی می‌شود (۲۲). در سوی دیگر، دلایل مخالفان دامنه‌ی گسترده‌ای از استدلال‌های دینی و اخلاقی تا دغدغه‌های عملی را در بر می‌گیرد. به گفته‌ی Horsfall و همکارانش مخالفت‌ها با اتانازی عمدتاً از سه اردوگاه بر می‌خیزد: دین، ترس از مرگ غیرداوطلبانه به علل اقتصادی و اصول اخلاق پزشکی (۱۶).

طی دو دهه‌ی گذشته، بحث درباره‌ی اتانازی به‌طور چشمگیری افزایش یافته و توجه متخصصان رشته‌های مختلف را به خود جلب کرده است. زمینه‌یابی‌های بسیاری در کشورهای مختلف برای ارزیابی نظر جامعه‌ی عمومی، پزشکان، پرستاران، بیماران و بستگان بیماران در این باره

¹ Homicide

بازآزمایی یک هفته‌ای به ۱۴۱ دانشجو ارائه کردند که همبستگی ۰/۸۴ را به دست داد. Rogers و همکارانش در سال ۱۹۹۱ گویه‌های EAS را نسبت به سوگیری جنسی اصلاح کردند. پایایی درونی این مقیاس اصلاح شده با روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۱ بود (۷). در یک اصلاح جدیدتر، گویه‌های مقیاس در چهار دامنه دسته‌بندی شدند: ملاحظات اخلاقی^۳، ملاحظات عملی^۴، ارج نهادن به زندگی^۵، و باورهای طبیعت‌گرایانه^۶ (۴). اما جدیدترین تحلیل عاملی توسط Tang و همکارانش (۲۷) مؤید یک ساختار سه عاملی بود. این مقیاس از روایی و پایایی رضایت‌بخشی برخوردار است؛ آلفای کرونباخ آن برابر با ۰/۸۵ و همبستگی‌اش با مقیاس حق مردن برابر با ۰/۴۶ بوده است (۷).

نسخه‌ی فارسی مقیاس، روند استاندارد ترجمه و ترجمه‌ی برگردان را طی کرد تا از صحت ترجمه اطمینان حاصل شود. گویه‌ی شماره‌ی ۱۵ مقیاس اصلی، به اجرای اتانازی اشاره دارد: «ایمان دارم که نظام درمانی محلی، اتانازی را به‌طور شایسته‌ای اجرا می‌کند». در کشورهایی چون ایران که اتانازی قانونی نیست، گویه‌ی اخیر مصداقی ندارد و احتمالاً پاسخ دهنده را سر درگم می‌کند. از دو گزینه‌ی تغییر در گویه و حذف آن، گزینه‌ی اخیر انتخاب شد. از این رو، نسخه‌ی فارسی مقیاس که در این جا معرفی می‌شود ۲۰ گویه‌ای است. گویه‌های مقیاس، در جدول شماره‌ی ۴ قابل مشاهده‌اند. شرکت‌کنندگان در یک مقیاس پنج درجه‌ای از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق به این پرسشنامه پاسخ دادند. نمره‌ی بالاتر نشان‌دهنده‌ی حمایت بیشتر از اتانازی است. نمره‌گذاری مقیاس نگرش به اتانازی شبیه مقیاس اصلی انجام می‌پذیرد؛ به این صورت که نمره‌ی هر یک از چهار حیطه‌ی مقیاس با محاسبه‌ی میانگین مجموع نمره‌ی گویه‌های زیرمجموعه‌ی آن حیطه محاسبه می‌شود. به‌خاطر اهمیت محتوای برخی از

انجام شده است (۲۱) و برخی نظرسنجی‌ها از افزایش حمایت از اتانازی خبر داده‌اند (۲۲). اهمیت پژوهش درباره‌ی تصمیم‌های پزشکی پایان حیات به‌طور گسترده‌ای در کشورهای پیشرفته پذیرفته شده است (۲۶). اتانازی از بحث‌انگیزترین موضوع‌ها در این زمینه است (۱۰) که درباره‌ی نگرش جامعه‌ی ایران بدان اطلاع چندانی در دست نیست. در اختیار داشتن ابزارهای معتبر برای سنجش نگرش به اتانازی می‌تواند مسیر پژوهش را در این زمینه هموار سازد. بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف سنجش نگرش به اتانازی در گروهی از دانشجویان و بررسی روایی و پایایی نسخه‌ی فارسی مقیاس نگرش به اتانازی^۱ انجام شد.

روش کار

الف- آزمودنی‌ها

جامعه‌ی آماری این پژوهش دانشجویان رشته‌های مختلف انسانی، پایه، پزشکی، هنر، و فنی دانشگاه تهران در سال تحصیلی ۱۳۸۹-۱۳۸۸ بودند. ۴۳۷ دانشجو (شامل ۲۱۷ زن و ۲۲۰ مرد) با روش نمونه‌گیری غیرتصادفی (آسان) انتخاب و به شرکت در پژوهش دعوت شدند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۲۳/۱۷ سال با دامنه‌ی ۱۸ تا ۳۵ و انحراف استاندارد ۲/۶۲ بود.

ب- ابزار سنجش

۱- مقیاس نگرش به اتانازی؛ در سال ۱۹۷۹ Tordella و Neutens از ساخت و اعتباریابی مقدماتی مقیاس نگرش به اتانازی (EAS)^۱ خبر دادند. خزانه‌ی گویه‌های EAS توسط ۱۵۰ دانشجو تهیه شد و به ۷۴ عبارت تصحیح شد. ۱۹ داور متخصص در زمینه‌ی مرگ‌شناسی^۲ (مطالعه‌ی پدیده‌های مرتبط با مرگ) این عبارات را ارزیابی کردند. ۲۱ گویه که طبق داوری آن‌ها قوی‌ترین جمله‌های مرتبط با اتانازی بودند انتخاب شدند. مؤلفان این روش را حمایتی از اعتبار محتوای مقیاس خواندند. سپس مؤلفان، مقیاس را به‌صورت یک

³ Ethical considerations

⁴ Practical considerations

⁵ Treasuring life

⁶ Naturalistic believes

¹ Euthanasia Attitude Scale (EAS)

² Thanatology

علمی (۲۸) و آموزشی (۲۹) به کار رفته است و می توان از آن به عنوان ابزاری معتبر در سنجش نگرش به اتانازی استفاده کرد (۲۱).

برای تحلیل داده‌ها از شاخص‌ها و روش‌های آماری شامل فراوانی، میانگین، ضریب آلفای کرونباخ، تحلیل عاملی اکتشافی، T test، ضریب همبستگی پیرسون^۲، و تحلیل واریانس استفاده شد. داده‌ها با نسخه‌ی ۱۶ نرم افزار SPSS تحلیل شد.

نتایج

از ۴۳۷ شرکت‌کننده در پژوهش، سهم مقاطع تحصیلی کارشناسی، کارشناسی ارشد، و دکترا به ترتیب ۵۸/۷، ۳۸/۴ و ۲/۸ درصد بود. تحلیل داده‌ها نشان داد ۵۵/۶ درصد شرکت‌کنندگان با اتانازی مخالف بودند، ۲۷/۹ درصد با آن موافق بودند، و ۱۲/۱ درصد نه موافق بودند و نه مخالف. همان‌طور که در جدول شماره‌ی ۱ مشاهده می‌شود دو جنس در هیچ‌یک از مقیاس‌ها تفاوتی نداشتند. برای بررسی نقش تحصیلات، نمره‌های دانشجویان کارشناسی با دانشجویان تحصیلات تکمیلی (شامل کارشناسی ارشد و دکترا) مقایسه شد. با این‌که به‌طور میانگین میزان پذیرش اتانازی در دانشجویان تحصیلات تکمیلی بیشتر است، این تفاوت معنی‌دار نیست (جدول شماره‌ی ۲). سن پاسخ‌دهندگان تنها با پذیرش اتانازی رابطه‌ی مثبت و اندکی داشت ($r=0/13$ ، $P<0/01$) (جدول شماره‌ی ۳) که این مقدار نیز پس از کنترل جنسیت و تحصیلات شرکت‌کنندگان کاهش یافت و دیگر معنی‌دار نبود ($P=0/14$ ، $r=0/07$).

مقایسه‌ی گویه‌های یک و دو مقیاس نگرش به اتانازی نشان داد هنگامی که بر نقش بیمار در تصمیم‌گیری تأکید می‌شود، در مقایسه با زمانی که نقش و نیت عامل^۳ اتانازی برجسته می‌شود، نرخ موافقت با اتانازی بیشتر است

گویه‌ها در ادبیات پژوهش، (در دو مورد) مقایسه‌هایی نیز تنها بر پایه‌ی نمره‌ی به‌دست آمده از این گویه‌ها انجام می‌گیرد (مقایسه‌ی گویه‌های ۱ و ۲ و مقایسه‌ی گویه‌های ۱ و ۱۱).

با وجود این‌که بررسی ویژگی‌های سنجشی EAS از روایی و پایایی آن حکایت دارد این مقیاس دارای برخی مشکلات مفهومی است. مشکل مهم مقیاس این است که تعریفی از اتانازی برای کمک به پاسخ‌دهنده ارائه نمی‌دهد (۷)؛ از این رو، برای رفع این اشکال ابزار ذیل نیز ارائه شد.

۲- پذیرش اتانازی^۱؛ شرکت‌کنندگان پس از مطالعه‌ی تعریف اتانازی، موافقت یا مخالفتشان را با اتانازی در یک مقیاس هفت درجه‌ای از کاملاً غیرقابل قبول تا کاملاً قابل قبول مشخص کردند. اتانازی این‌گونه تعریف شد: «اتانازی اصطلاحی پزشکی است که به خاتمه دادن عمدی و آسان به زندگی یک فرد با بیماری غیر قابل درمان، با رنج زیاد، و بدون امید به بهبودی اشاره دارد و به دو نوع عمده تقسیم می‌شود:

۱) اتانازی فعال: در اتانازی فعال، بیمار از پزشک می‌خواهد به زندگی او خاتمه دهد که این کار با انجام یک «فعل»، مثل تزریق داروی کشنده، انجام می‌شود.

۲) اتانازی غیرفعال: در اتانازی غیرفعال، بیمار درمان خود را رد می‌کند تا در مرگش تسریع شود، بی‌آن‌که فعالیت خاصی انجام شود. برای مثال بیمار با توقف مراحل درمان، قطع دارو، و حذف تجهیزات، خود را در شرایطی قرار می‌دهد که نجات از آن محال به نظر می‌رسد» (۲۸).

تعاریف اتانازی که در قالب «پذیرش اتانازی» به‌عنوان یکی از دو ابزار پژوهش استفاده شد از تعاریف مقامی (۲۸) اقتباس شدند و کمابیش در منابع دیگر نیز آمده‌اند. در این‌جا لازم است متذکر شویم که تعریف یاد شده لزوماً فنی و جامع تمام انواع یا جوانب اتانازی نیست، اما تعریفی است که برای به‌دست دادن شمایی کلی از اتانازی به مخاطب عام در متون

² Pearson Correlation Coefficient

³ Agent

¹ Acceptance of euthanasia

مقایسه‌ی گویه‌های یک و یازده نیز نشان $(P < 0/01, t = 4/85)$. بیمار بیش از نرخ آن به‌خاطر فراهم آوردن کرامت انسانی یا داد نرخ موافقت با اتانازی به‌خاطر احترام به استقلال فردی $(P < 0/01, t = 5/39)$. وقار بیمار است

جدول شماره ۱ - مقایسه‌ی دو جنس در متغیرهای پژوهش

F	میانگین (انحراف معیار)		متغیر
	مردان	زنان	
۲/۰۱	۳/۳۶ (۲/۲۷)	۳/۰۷ (۱/۹۰)	پذیرش اتانازی
۰/۳۴	۲/۸۸ (۰/۶۲)	۲/۸۵ (۰/۵۴)	ملاحظات اخلاقی
۰/۲۵	۲/۷۷ (۰/۷۷)	۲/۷۳ (۰/۷۴)	ملاحظات عملی
۰/۲۰	۳/۳۳ (۰/۸۷)	۳/۳۷ (۰/۷۵)	ارج نهادن به زندگی
۲/۶۷	۲/۹۲ (۰/۹۲)	۳/۰۶ (۰/۸۷)	باورهای طبیعت‌گرایانه
۰/۰۴	۲/۹۶ (۰/۴۹)	۲/۹۵ (۰/۴۱)	مقیاس نگرش به اتانازی

جدول شماره ۲ - مقایسه‌ی دانشجویان مقاطع کارشناسی و تحصیلات تکمیلی در متغیرهای پژوهش

F	میانگین (انحراف معیار)		متغیر
	تحصیلات تکمیلی	کارشناسی	
۱/۳۴	۳/۲۱ (۱/۹۳)	۲/۹۹ (۱/۸۶)	پذیرش اتانازی
۰/۰۶	۲/۸۵ (۰/۶۰)	۲/۸۷ (۰/۵۷)	ملاحظات اخلاقی
۰/۱۷	۲/۷۷ (۰/۸۰)	۲/۷۴ (۰/۷۳)	ملاحظات عملی
۰/۵۳	۳/۳۹ (۰/۸۶)	۳/۳۳ (۰/۷۷)	ارج نهادن به زندگی
۲/۰۴	۲/۹۲ (۰/۹۳)	۳/۰۴ (۰/۸۷)	باورهای طبیعت‌گرایانه
۰/۰۰	۲/۹۶ (۰/۴۸)	۲/۹۶ (۰/۴۴)	مقیاس نگرش به اتانازی

جدول شماره ۳ - ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
(۱) پذیرش اتانازی	۱						
(۲) ملاحظات اخلاقی	**۰/۷۰	۱					
(۳) ملاحظات عملی	**۰/۵۰	**۰/۶۰	۱				
(۴) ارج نهادن به زندگی	** -۰/۲۶	-۰/۰۴	۰/۰۱	۱			
(۵) باورهای طبیعت‌گرایانه	**۰/۱۴	**۰/۲۱	**۰/۱۹	۰/۰۴	۱		
(۶) مقیاس نگرش به اتانازی	**۰/۵۶	**۰/۸۷	**۰/۷۲	**۰/۳۴	**۰/۴۱	۱	
(۷) سن	*۰/۱۳	۰/۰۹	۰/۰۸	۰/۰۴	-۰/۰۵	۰/۰۹	۱

$P < 0/05$ * $p < 0/01$ **

جدول شماره ۴ - مقیاس نگرش به اتانازی

گویه‌ها	نمره میانگین	درصد مخالفت	درصد خشتی	درصد موافقت
۱- فردی با یک بیماری پایانی (لاعلاج) حق تصمیم‌گیری برای مردن را دارد.	۲/۸۰	۵۰/۲	۱۰/۸	۳۹
۲- موجب مرگ شدن به دلیل ترحم، اشتباه است.	۲/۴۰	۲۵/۶	۱۸/۹	۵۵/۴
۳- اتانازی باید در جامعه امروزی پذیرفته شود.	۲/۶۱	۴۹/۴	۱۸/۹	۳۱/۶
۴- هیچ موردی نیست که اتانازی مناسب باشد.	۲/۷۳	۵۱/۶	۱۸	۳۰/۴
۵- اتانازی در زمان و مکان درست (در شرایط مناسب)، مفید است.	۳/۰۷	۳۷/۸	۱۵/۶	۴۶/۷
۶- اتانازی عملی انسانی است.	۲/۳۸	۵۷/۵	۱۸/۹	۲۳/۶
۷- اتانازی باید بر خلاف قانون باشد.	۲/۸۶	۴۳/۴	۲۲/۶	۳۴
۸- اتانازی باید وقتی که فرد، بیماری پایانی (لاعلاج) دارد استفاده شود.	۲/۷۴	۴۷/۶	۱۵/۶	۳۶/۸
۹- گرفتن زندگی انسان نادرست است، در هر شرایطی.	۳/۳۹	۳۴/۳	۱۳	۵۲/۷
۱۰- اتانازی در مواردی پذیرفتنی است که همه امیدهای بهبودی از بین رفته است.	۲/۸۸	۴۶/۳	۹/۵	۴۴/۲
۱۱- اتانازی به فرد فرصت می‌دهد تا باوقار بمیرد.	۲/۴۶	۵۳/۸	۱۹	۲۷/۲
۱۲- اتانازی قابل قبول است اگر فرد، پیر باشد.	۱/۹۴	۷۱/۴	۱۵/۷	۱۲/۹
۱۳- اگر یک بیمار پایانی (لاعلاج) یا فردی مصدوم، به‌طور فزاینده نگران فشار زوال سلامتش بر خانواده‌اش باشد، من از درخواست او برای اتانازی حمایت می‌کنم.	۲/۵۹	۵۰/۶	۱۷/۷	۳۱/۷
۱۴- اتانازی به استفاده‌های سوء می‌انجامد.	۳/۷۳	۱۳/۱	۲۳/۳	۶۳/۶
۱۵- موارد بسیار اندک و غیرقابل توجهی هست که اتانازی قابل قبول است.	۳/۰۵	۳۵/۳	۲۰/۶	۴۴/۱
۱۶- اتانازی باید تنها برای از بین بردن درد جسمی استفاده شود و نه رنج روانی.	۲/۶۷	۴۴/۳	۲۸/۱	۲۷/۶
۱۷- وظیفه انسان حفظ و نگهداری زندگی است نه پایان دادن به آن.	۳/۸۹	۱۷/۲	۱۴/۷	۶۸/۱
۱۸- یکی از اصول مهم اخلاق پزشکان، طولانی کردن زندگی‌هاست نه پایان دادن به زندگی‌ها.	۳/۸۳	۱۹/۶	۱۴/۳	۶۶/۱
۱۹- یک فرد نباید با دستگاه، زنده نگه داشته شود.	۲/۵۳	۵۰/۷	۲۴/۴	۲۴/۹
۲۰- مرگ طبیعی، درمانی برای رنج است.	۳/۴۵	۱۹/۷	۳۰/۴	۴۹/۹

گویه‌های وارونه: ۲، ۴، ۷، ۹، ۱۴، ۱۵، ۱۷، ۲۰

اعتبار سازه‌ی مقیاس نگرش به اتانازی

دامنه‌ی نمره‌ی کل مقیاس از ۱/۴۲ تا ۴/۳۵ و توزیع نمره‌ها نیز نرمال بود (ارزش P برای آزمون Shapiro-Wilk برابر با ۰/۹۹ بود). در جدول شماره ۳ ضرایب همبستگی پیرسون دامنه‌های چهارگانه مقیاس آمده است. بین مقیاس و خرده مقیاس‌های همبستگی معنی‌دار از ۰/۳۴ تا ۰/۸۷ برقرار است. نتایج محاسبه‌های اولیه‌ی تحلیل مؤلفه‌های اصلی نشان داد اندازه‌ی Kaiser Meyer Olkin measure of

sampling adequacy (KMO) برابر با ۰/۹۳ و مشخصه‌ی آزمون کرویت Bartlett's test نیز برابر با ۳/۹۰ و از لحاظ آماری معنی‌دار است ($P=۰/۰۰۰۱$) که نشان می‌دهد بر پایه‌ی این داده‌ها می‌توان به استخراج عامل‌ها اطمینان کرد. تحلیل عاملی با استفاده از چرخش متعامد نشان‌دهنده‌ی سه عامل با ارزش‌های ویژه ۸/۱۱، ۱/۸۱، و ۱/۰۹ بود. این سه عامل در مجموع ۵۵/۰۸ درصد از واریانس مقیاس را تبیین می‌کنند. عامل اول شامل گویه‌های ۱، ۳، ۵، ۶، ۷، ۸، ۱۰، ۱۱،

نگرش به اتانازی در نمونه‌ی نسبتاً بزرگی از دانشجویان انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد بیش‌تر دانشجویان با اتانازی مخالفند. مخالفت ۵۵/۶ درصدی دانشجویان در پژوهش حاضر با نرخ مخالفت در پژوهش‌های پیشین مانند مخالفت ۵۴ درصدی در انترن‌های شاغل در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران (۱۱) بسیار نزدیک است. از آن رو که دانشجویان، نسبت به جامعه، نگاه آزاداندیش‌تری دارند (۱۶) پیش‌بینی می‌شود میزان موافقت جامعه‌ی عمومی از آنچه در این پژوهش‌ها به‌دست آمده، کم‌تر باشد.

یافته‌های این پژوهش نشان داد دو جنس تفاوتی در پذیرش اتانازی و نگرش به آن ندارند. طاوسیان و همکارانش (۱۱) همین یافته را در انترن‌ها و رستگاری نجف آبادی و همکارانش (۳۲) در پرستاران دانشگاه علوم پزشکی تهران گزارش کردند. در برخی پژوهش‌های انجام شده در دیگر نقاط جهان مخالفت زنان با اتانازی بیش‌تر بود، مانند پژوهش Givens و Mitchell (۲۴) در جمعیت عمومی ایالات متحده، پژوهش Seale (۳۴) در پزشکان بریتانیا، پژوهش O'Neill و همکارانش (۳۵) در جمعیت عمومی بریتانیا، و پژوهش Cohen و همکارانش (۳) در ۳۳ کشور اروپایی. برخی پژوهش‌ها نیز تفاوتی گزارش نکردند مانند Ramabele (۸) در نمونه‌ای از افراد مسن ساکن آفریقای جنوبی، پژوهش Fok و Chong (۴) در هنگ‌کنگ و پژوهش Cavlak و همکارانش (۳۶) در دانشجویان ترکیه‌ای. تفاوت یا نبود تفاوت بین نگرش دو جنس را می‌توان به عامل‌های متعددی نسبت داد که ویژگی‌های نمونه‌ی دانشجویی یکی از آن‌هاست. به‌نظر می‌رسد این یافته بیانگر آن است که در دانشگاه، نگرش دو جنس دست کم در برخی موارد که اتانازی از آن‌هاست به هم نزدیک‌تر می‌شود. در دیگر پژوهش‌های انجام شده در ایران حجم نمونه و نسبت جنسیتی اندک بود، از این‌رو نبود تفاوت در گروه‌های غیردانشجویی مانند پرستاران نیز با توجه به حجم نمونه توجیه‌پذیر است. مثلاً تعداد ۱۸ مرد در برابر ۸۴ زن در پژوهش رستگاری

۱۲، ۱۳، و ۱۹، عامل دوم شامل گویه‌های ۲، ۴، ۹، ۱۴، ۱۷، ۱۸، و ۲۰، و عامل سوم شامل گویه‌های ۱۵ و ۱۶ است.

اعتبار درونی مقیاس نگرش به اتانازی

ضریب آلفای کرونباخ مقیاس در صورت حذف هر یک از گویه‌ها در گستره‌ی ۰/۸۶ تا ۰/۹۰ جای دارد و حذف هیچ‌یک از گویه‌ها به افزایش بیش از ۲ درصدی آلفای کرونباخ مقیاس نمی‌انجامد. ضرایب آلفای کرونباخ کل مقیاس، ملاحظات اخلاقی، ملاحظات عملی و ارج نهادن به زندگی به ترتیب برابر با ۰/۸۸، ۰/۹۲، ۰/۵۵، و ۰/۴۶ بودند. در عامل چهارم یعنی باورهای طبیعت‌گرایانه، به علت این‌که تعداد گویه‌ها از سه کم‌تر است به‌دست دادن آلفای کرونباخ میسر نیست. متخصصان ضریب پایایی بسنده و مناسب را ۰/۷ می‌دانند (۳۰). بر این اساس، در عامل دوم و سوم، مقدار این ضریب پایین است. اما با توجه به این‌که الف) میزان آلفا، میزان کمینه‌ی پایایی را نشان می‌دهد و ب) یکی از دلایل مهم کاهش میزان آلفا تعداد کم گویه‌هاست، و ج) به‌دلیل بالا بودن پایایی کل آزمون، می‌توان آن ضرایب را مطلوب تلقی کرد (۳۱).

روایی همگرا

همبستگی مقیاس نگرش به اتانازی با پذیرش اتانازی نشان‌دهنده‌ی روایی همگرای مقیاس است. همبستگی نمره‌ی کل مقیاس با پذیرش اتانازی برابر با ۰/۵۴ بود. پذیرش اتانازی قوی‌ترین همبستگی را با ملاحظات اخلاقی ($r=0/70$ ، $P<0/01$)، و ضعیف‌ترین همبستگی را با باورهای طبیعت‌گرایانه ($r=0/14$ ، $P<0/01$) داشت (جدول شماره‌ی ۳).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی نگرش به اتانازی انجام شد. در پژوهش‌های معدودی که در ایران انجام شده‌اند داده‌ها از ۱۰۰ انترن (۱۱) و ۱۰۲ پرستار بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران (۳۲) و ۱۰۳ دانشجوی دانشگاه آزاد اسلامی (۳۳) به‌دست آمده‌اند. این حجم از نمونه‌ها توان تعمیم‌پذیری محدودی دارند. از این رو، پژوهش حاضر با هدف سنجش

دارای دیپلم‌اند و آنان نیز بیش از دارندگان سیکل. درباره‌ی رابطه‌ی تحصیلات نیز باید همانند آنچه را که درباره‌ی سن گفته شد تصور کرد. ضمن این‌که ارتباط سطح تحصیلات با پذیرش اتانازی یافته‌ی پایداری نیست، چرا که چندین زمینه‌یابی رابطه‌ی بین تحصیلات و اتانازی گزارش نکردند (۳۵، ۴).

یافته‌های پژوهش نشان داد ملاحظات اخلاقی قوی‌ترین همبستگی را با مخالفت با اتانازی داشت. این یافته در راستای پژوهش‌هایی است که استدلال‌های اخلاقی و دینی را مهم‌ترین دلیل مخالفان می‌دانند (۴۰). از سویی در بسیاری از پژوهش‌ها گرایش‌های دینی یکی از قوی‌ترین ویژگی‌های همبسته با نگرش منفی به اتانازی بوده‌اند (۳۸-۴۰، ۳۶-۳۴، ۲۶، ۲۱، ۳). از سوی دیگر، افراد مذهبی به اصول اخلاقی، قوانین اجتماعی، دینی و سیاسی پایبندترند (۴۱). از این رو، همبستگی قوی ملاحظات اخلاقی و مخالفت با اتانازی، دور از ذهن نیست.

با توجه به یافته‌های حاضر چند نکته سزاوار بیان است. نخست آن‌که در ادبیات اتانازی، استقلال فردی به‌عنوان یکی از مهم‌ترین دلایل موافقان آمده است. استقلال فردی به‌طور کلی و به‌ویژه درباره‌ی تصمیم‌های مربوط به مرگ و زندگی اهمیت شایان توجهی دارد اما لزوماً با اخلاقی انگاشتن یا پذیرش قانونی شدن اتانازی همبستگی کامل ندارد. مثلاً در پژوهشی با این‌که ۷۷ درصد پزشکان اظهار داشتند هر کسی حق دارد درباره‌ی زندگی‌اش تصمیم بگیرد، تنها ۱۶ درصد با قانونی شدن اتانازی موافقت کردند (۵). در پژوهش حاضر، گویه‌ی نخست مقیاس به استقلال فردی و حق مردن اشاره دارد؛ با این‌که ۳۸/۹ درصد پاسخ‌دهندگان موافق بودند که بیمار پایانی حق دارد درباره‌ی مرگش تصمیم بگیرد تنها ۲۷/۹ درصد اتانازی را از نظر اخلاقی قابل قبول دانستند. این تفاوت، با توجه به بهای اندک جوامع شرقی هم‌چون ایران به استقلال فردی بیماران پایانی در مقایسه با جوامع غربی (۴۲) بیش از پیش نمود می‌یابد. طبیعتاً موافقان اتانازی، حق مردن

نجف آبادی و همکارانش (۳۲) موقعیت مناسبی را برای مطالعه‌ی نقش جنسیت فراهم نمی‌آورد، چرا که این حجم و نسبت، تأمین‌کننده‌ی توان بالایی برای کشف تفاوت‌های معنی‌دار در دو گروه نیست (۳۷).

یافته‌ی دیگر پژوهش این بود که سن دانشجویان با نگرش آن‌ها به اتانازی رابطه نداشت. در سه پژوهش دیگر در نمونه‌های ایرانی نیز سن، رابطه‌ای با پذیرش اتانازی نداشت (۳۳، ۳۲، ۱۱). در برخی پژوهش‌های انجام شده در دیگر نقاط جهان مخالفت جوان‌ترها با اتانازی کم‌تر بود (۳۴، ۲۴، ۴، ۳). برخی پژوهش‌ها نیز تفاوتی گزارش نکردند؛ مانند پژوهش Wasserman و همکارانش (۳۸) در نمونه‌ای از دانشجویان ایالات متحده و پژوهش Cavlak و همکارانش (۳۶) در دانشجویان ترکیه‌ای. این یافته نیز به ویژگی نمونه‌ی پژوهشی قابل اسناد است. در نمونه‌های دانشجویی توزیع متغیر سن چندان پراکنده نیست. نمونه‌های دانشجویی محدودیت سنی خاصی را پوشش می‌دهند و برای مطالعه‌ی رابطه‌ی سن با نگرش به اتانازی گروه مناسبی نیستند. به‌علاوه، همبستگی‌های گزارش شده در مورد رابطه‌ی منفی سن و پذیرش اتانازی حاکی از یک رابطه‌ی خطی نیست. مثلاً زمینه‌یابی از پرستاران استرالیایی نشان داد حمایت از قانونی شدن اتانازی در کسانی بیش‌تر بود که زیر ۴۰ سال سن داشتند (۳۹). در جمعیت عمومی بریتانیا نیز احتمال مخالفت با اتانازی در افراد بالاتر از ۵۵ سال بیش‌تر از افراد پایین‌تر از ۵۵ سال بود (۳۵).

مقایسه‌ی دانشجویان کارشناسی و تحصیلات تکمیلی تفاوتی در متغیرهای اتانازی نشان نداد. رستگاری نجف آبادی و همکارانش (۳۲) نیز رابطه‌ای بین پذیرش اتانازی و سطح تحصیلات گزارش نکردند. به‌نظر می‌آید آنچه درباره‌ی بالاتر بودن نرخ موافقت تحصیل کرده‌ها با اتانازی گزارش شده است (۳) بیانگر رابطه‌ای خطی نباشد. مثلاً این‌گونه نیست که افراد دارای تحصیلات کارشناسی بیش از دارندگان تحصیلات کاردانی با اتانازی موافق باشند و گروه اخیر بیش از کسانی که

گزینه مخالف یا کاملاً مخالف برای این گویه (گویه‌ی شماره ۱۲) بیش از همه‌ی گویه‌ها بود؛ ۷۱/۴ درصد شرکت‌کنندگان با آن ابراز مخالف کردند. این یافته نشان از اهمیت و احترامی است که دانشجویان ایرانی برای نسل‌های پیش از خود قائلند. علت مخالفت شدید با اتانازی به‌خاطر پیر بودن می‌تواند همان علتی باشد که موجب پایین‌تر بودن نرخ بدرفتاری با سالمندان در جوامع شرقی شده است؛ یعنی به‌خاطر سنت‌های نیرومند احترام گذاشتن به سالخوردگان و احساس تعهد در قبال آن‌ها (۲۹).

پنجم؛ پژوهش‌های پیشین عدم بهبودی^۲ را یکی از ریز مؤلفه‌های مؤثر در نگرش به اتانازی گزارش کرده‌اند (۴۸). گویه‌ی دهم مقیاس که معرف این ریز مقیاس است با موافقت ۴۳/۷ درصدی پاسخ‌دهندگان مواجه شد. این یافته تأکید مجددی بر اهمیت مؤلفه‌ی عدم بهبودی در مورد اتانازی است. از آن رو که اتانازی یک مسأله‌ی روز در آموزش سلامت است، وجود مقیاس‌های معتبر برای سنجش نگرش به اتانازی ضروری می‌نمود. بررسی ویژگی‌های سنجشی مقیاس نگرش به اتانازی، هدف دیگر پژوهش حاضر بود. یافته‌های پژوهش نشان داد این مقیاس، دارای پایایی و روایی رضایت‌بخش است و می‌توان از آن در مطالعه‌ی نگرش به اتانازی استفاده کرد. پژوهش حاضر ساختار چهار عاملی که Chong و Fok (۴) پیشنهاد دادند را تأیید نکرد. در پژوهش اخیر Tang و همکارانش (۲۷) نیز ساختاری سه عاملی به‌دست آمده است. نگرش پدیده‌ای پیچیده است و به آسانی نمی‌توان آن را با داده‌های زمینه‌یابی شکار کرد. اگر ناممکن نباشد، دشوار است که بتوان با یک پرسش نگرش جامعه را درباره‌ی اتانازی سنجید (۳). بیش‌تر پژوهش‌های انجام‌شده در این زمینه، مبتنی بر پاسخ به یک گویه بوده‌اند. در برخی از این پژوهش‌ها، گویه‌ها به دو یا چهار تا افزایش یافت و در برخی پژوهش‌ها تفاوت خودکشی و اتانازی کم‌رنگ شده است (۷). با توجه به ماهیت پیچیده‌ی اتانازی، احتمالاً رویکرد کاهش گرایانه در

را به رسمیت می‌شناسند. اما در سوی دیگر، کسانی هستند که با این‌که ممکن است حق مردن را به رسمیت بشناسند، لزوماً با اتانازی و قانونی شدن آن موافق نیستند و به گفته‌ی Fitzgerald (۴۳) حق آنان در تصمیم برای مردن، وظیفه‌ای برای ما به‌عنوان یک پزشک تعیین نمی‌کند.

دوم؛ هم تراز با استقلال فردی، برخی مؤلفان بر نقش عامل کرامت انسانی یا وقار تأکید دارند و حتی اتانازی را مرگ باوقار نامیدند (۴۴، ۱۱). واژه‌ی اتانازی ریشه‌ی یونانی به معنی «مرگ خوب» دارد و کلیسای یونانی ارتودکس، مرگ خوب را چنین تعریف می‌کند: مرگی آرام، همراه با وقار و بدون درد (۴۵). قانون اتانازی در ایالت اورگان آمریکا نیز قانون مرگ باوقار اورگان^۱ نام دارد. با وجود استفاده از واژه‌ی وقار یا کرامت انسانی در استدلال برای یا ضد اتانازی، داده‌های تجربی چندانی در رابطه با این مفهوم در زمینه‌ی اتانازی در دست نیست (۴۶). گویه‌ی یازده مقیاس نگرش به اتانازی، به مفهوم وقار یا کرامت انسانی اشاره دارد. مقایسه‌ی گویه‌های یک و یازده نشان می‌دهد استقلال فردی بیمار بیش از وقار او در موافقت با اتانازی نقش دارد.

سوم؛ بر عکس گویه‌ی نخست که نقش بیمار و اراده‌ی او را برجسته می‌کند، گویه‌ی دوم مقیاس به نقش و نیت عامل اتانازی اشاره دارد. مقایسه‌ی این دو گویه نشان داد هنگامی که بر نقش بیمار در تصمیم‌گیری تأکید می‌شود در مقایسه با زمانی که نقش و نیت عامل اتانازی برجسته می‌شود نرخ موافقت با اتانازی بیش‌تر است. پژوهش‌های پیشین نشان داده‌اند در جایی که درخواست بیمار برجسته شده (در برابر جایی که اختیار پزشک برجسته شده) احتمال پذیرش اتانازی بیش‌تر است (۳۳). چنین یافته‌هایی در حمایت از این اندیشه است که تقسیم‌بندی اتانازی به داوطلبانه و غیرداوطلبانه مهم‌تر از تقسیم‌بندی‌های دیگر مانند فعال و غیرفعال است (۴۷، ۳۳).

چهارم؛ این‌که اتانازی برای افراد پیر مناسب است، واکنش نسبتاً شدید پاسخ‌دهندگان را به‌دنبال داشت، چرا که انتخاب

² No recovery

¹ Oregon Death with Dignity Act

منابع

- 1- Yeun E. Attitudes of elderly Korean patients toward death and dying: an application of Q-methodology. *Int J Nurs Stud* 2005; 42(8): 871-80.
 - 2- Chabot BE, Goedhart A. A survey of self-directed dying attended by proxies in the Dutch population. *Soc Sci Med* 2009; 68(10): 1745-51.
 - 3- Cohen J, Marcoux I, Bilsen J, Deboosere P, van der Wal G, Deliens L. European public acceptance of euthanasia: socio-demographic and cultural factors associated with the acceptance of euthanasia in 33 European countries. *Soc Sci Med* 2006; 63(3): 743-56.
 - 4- 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.
 - 5- Karadeniz G, Yanikkerem E, Pirincci E, Erdem R, Esen A, Kitapcioglu G. Turkish health professional's attitude toward euthanasia. *Omega* 2008; 57(1): 93-112.
 - 6- Wasserman J, Clair JM, Ritchey FJ. A scale to assess attitudes toward euthanasia. *Omega* 2005; 51(3): 229-37.
 - 7- Rogers JR. Assessing right to die attitudes: a conceptually guided measurement model. *J Soc Issues* 1996; 52(2): 63-84.
 - 8- Ramabele T. Attitudes of the Elderly Towards Euthanasia: A Cross-Cultural Study. [dissertation]. University of the Free State; 2004.
 - 9- Muller-Busch HC, Oduncu FS, Woskanjan S, Klaschik E. Attitudes on euthanasia, physician-assisted suicide and terminal sedation—a survey of the members of the German Association for Palliative Medicine. *Med Health Care Philos* 2004; 7(3): 333-9.
- ۱۰- پارساپور ع، همتی مقدم ا، پارساپور م، لاریجانی ب. اتانازی، تبیین موضوع و تحلیل اخلاقی. *مجله اخلاق و تاریخ پزشکی* ۱۳۸۷؛ دوره ۱ (شماره ۴): ۱۲-۱.
- ۱۱- طاوسیان ع، صداقت م، آرامش ک. بررسی نگرش اتانازی. *مجله اخلاق و تاریخ پزشکی* ۱۳۸۸؛ دوره ۱ (شماره ۳): ۵۱-۴۳.

سنجش نمی‌تواند نگرش به اتانازی را به درستی منعکس کند؛ به‌خصوص اگر هدف سنجش، پیش‌بینی رفتار (مانند رای دادن) درباره‌ی این موضوع باشد، چنین رویکردهایی در سنجش نگرش به اتانازی ناکارآمد است (۷).

مقیاس نگرش به اتانازی که برای رفع رویکرد کاهش‌گرایانه ساخته شد و مفاهیم متنوعی را در خود جای داده است از این جهت مزیت دارد. اما همان‌گونه که اشاره شد این مقیاس با وجود امتیاز یاد شده و پایایی و روایی مناسب دارای برخی محدودیت‌های مفهومی است. این مقیاس تعریفی از اتانازی به‌دست نمی‌دهد و تمایزی بین انواع اتانازی نمی‌گذارد. از این رو، پژوهش‌های آینده می‌توانند با محوریت رفع این محدودیت‌ها انجام شوند.

نکته‌ای که به منزله‌ی محدودیت پژوهش حاضر به ذهن می‌رسد عدم برداشت یکسان شرکت‌کنندگان از مفهوم اتانازی است. ضمن اذعان به این محدودیت، آنچه ما را در اعتماد بر یافته‌های این پژوهش دلگرم می‌کند آن است که یافته‌های پژوهش حاضر و بسیاری از پژوهش‌های داخلی و خارجی به‌طور متقابل همدیگر را تأیید می‌کنند که نشان‌دهنده‌ی اعتبار بیرونی پژوهش است (۴۹).

به تصویر کشیدن نگرش جامعه از اتانازی نیازمند پژوهش‌های بیش‌تری است. مطالعه‌ی موضوع اتانازی در جامعه‌ی عمومی گام بعدی در این زمینه خواهد بود. شایسته است پژوهش‌های آینده ضمن مطالعه‌ی نگرش افراد به اتانازی، استدلال آن‌ها در موافقت یا مخالفت با انواع اتانازی را بررسی کنند و به نقش متغیرهایی چون ویژگی‌های شخصیتی و حالات خلقی مانند افسردگی، اضطراب، و اضطراب مرگ و حالات انگیزشی مانند انگیزش پس از مرگ^۱ و دیگر متغیرهای مرتبط و مؤثر بر نگرش به اتانازی توجه کنند.

تشکر و قدردانی

از کادر علمی و اجرایی مجله برای سهمی که در آفرینش و انتشار این مقاله داشته‌اند تشکر می‌کنم.

¹ After life motivation

- medical doctors. *Am J Hosp Palliat Care* 2010; 27(5): 320-4.
- ۲۸- مقامی ا. اتانازی و حق بر خویش، چالشی در ماهیت حقوق بشر. *مجله اخلاق و تاریخ پزشکی* ۱۳۸۷؛ دوره ۱ (شماره ۲): ۲۷-۱۵.
- ۲۹- برک ل. روانشناسی رشد. ترجمه ی سید محمدی ی. تهران: ارسباران؛ ۱۳۸۹؛ جلد ۲.
- 30- Miles J, Banyard P. *Understanding and Using Statistics in Psychology a Practical Introduction*. London: Sage; 2007.
- ۳۱- آقابابایی ن، فراهانی ح، رحیمی نژاد ع. بررسی ویژگی های سنجشی در «کوتاه پرسشنامه خودسنجی هوش معنوی». *مجله علوم روان شناختی* ۱۳۸۹؛ دوره ۹ (شماره ۲): ۸۰-۱۶۹.
- ۳۲- رستگاری نجف آبادی ح، صداقت م، سعیدی طهرانی س، آرامش ک. بررسی نگرش پرستاران بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی تهران در ارتباط با اتانازی. *مجله اخلاق و تاریخ پزشکی* ۱۳۸۹؛ دوره ۳ (شماره ۵): ۴۴-۳۷.
- ۳۳- آقابابایی ن، فراهانی ح. پذیرش اتانازی و نقش ویژگی های فردی. خلاصه مقالات نخستین کنگره سالانه اخلاق پزشکی؛ دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۸۹. ایران.
- 34- Seale C. Hastening death in end-of-life care: a survey of doctors. *Soc Sci Med* 2009; 69(11): 1659-66.
- 35- O'Neill C, Feenan D, Hughes C, McAlister DA. Physician and family assisted suicide: results from a study of public attitudes in Britain. *Soc Sci Med* 2003; 57(4): 721-31.
- 36- Cavlak U, Aslan UB, Gurso S, Yagci N, Yeldan I. Attitudes of physiotherapists and physiotherapy students toward euthanasia: a Comparative Study. *Adv Ther* 2007; 24(1): 135-45.
- ۳۷- کازبی پ. پایه های پژوهش در علوم رفتاری. ترجمه ی فراهانی ح، عریضی ح ر. تهران: روان؛ ۱۳۸۶.
- 38- Wasserman J, Clair J, Ritchey F. Racial differences in attitudes toward euthanasia. *Omega* 2006; 52(3): 263-287.
- 39- Kitchener BA. Nurse characteristics and attitudes to active voluntary euthanasia: a survey in the Australian Capital Territory. *J Adv Nurs* 1998; 28(1): 70-6.
- 12- Singer P. *Practical Ethics*. Cambridge: Cambridge University Press; 2011.
- 13- McInerney F. "Requested death": a new social movement. *Soc Sci Med* 2000; 50(1): 137-54.
- 14- McInerney F. Heroic frames: discursive constructions around the requested death movement in Australia in the late-1990s. *Soc Sci Med* 2006; 62(3): 654-67.
- 15- Jeffrey D. *Against Physician Assisted Suicide: A Palliative Care Perspective*. Oxon: Radcliffe Publishing; 2009.
- 16- Horsfall S, Alcocer C, Duncan CT, Polk J. Views of euthanasia from an east Texas university. *Soc Sci J* 2001; 38(4): 617-27.
- 17- Simpson J, Weiner E. *The Oxford English Dictionary*. Oxford: Oxford University Press; 1989; Vol. 5.
- 18- Mishara BL. Euthanasia. In: Kastenbaum R (ed.), *Macmillan Encyclopedia of Death and Dying: A-K*. New York: Macmillan Reference USA; 2003, p. 267-73.
- 19- Merriam-Webster Inc. *Merriam-Webster's collegiate dictionary*. Merriam-Webster; 2007.
- ۲۰- آقابابایی ن. معمای واگن و تلویحات آن برای اتانازی فعال و غیرفعال. *مجله اخلاق و تاریخ پزشکی* ۱۳۹۰؛ دوره ۴ (شماره ۲): ۷۲-۶۵.
- ۲۱- آقابابایی ن، حاتمی ج، رستمی ر. نقش ویژگی های فردی و الگوی قضاوت در نگرش به اتانازی. *مجله پرستاری مراقبت ویژه* ۱۳۹۰؛ دوره ۴ (شماره ۱): ۳۲-۲۳.
- 22- Elliott JA, Olver IN. Dying cancer patients talk about euthanasia. *Soc Sci Med* 2008; 67(4): 647-56.
- 23- Ashley BM, DeBlois J, O'Rourke KD. *Health Care Ethics A Catholic Theological Analysis*. Washington D.C: Georgetown University Press; 2006.
- 24- Givens JL, Mitchell SL. Concerns about end-of-life care and support for euthanasia. *J Pain Symptom Manage* 2009; 38(2): 167-73.
- 25- Wellman C. *Medical Law and Moral Rights*. The Netherlands: Springer; 2005.
- 26- Miccinesi G, Fischer S, Paci E, et al. Physicians' attitudes towards end-of-life decisions: a comparison between seven countries. *Soc Sci Med* 2005; 60(9): 1961-74.
- 27- Tang WK, Mak KK, Kam PM, et al. Reliability and validity of the Euthanasia Attitude Scale (EAS) for Hong Kong

- 45- Bülow HH, Sprung CL, Reinhart K, et al. The world's major religions' points of view on end-of-life decisions in the intensive care unit. *Intensive Care Med* 2008; 34(3): 423-30.
- 46- Chochinov HM, Hack T, McClement S, Kristjanson L, Harlos M. Dignity in the terminally ill: a developing empirical model. *Soc Sci Med* 2002; 54(3): 433-43.
- 47- Ho R. Assessing attitudes toward euthanasia: an analysis of the subcategorical approach to right to die issues. *Pers Individ Dif* 1998; 25(4): 719-34.
- 48- Carmel S. Life-sustaining treatments: what doctors do, what they want for themselves and what elderly persons want. *Soc Sci Med* 1999; 49(10): 1401-8.
- 49- Barker C, Pistrang N, Elliott R. *Research Methods in Clinical Psychology: An Introduction for Students and Practitioners*. England: John Wiley & Sons; 2002.
- 40- Lisker R, Alvarez Del Rio A, Villa AR, Carnevale A. Physician-assisted death. Opinions of a sample of Mexican physicians. *Arch Med Res* 2008; 39(4): 452-8.
- 41- Saroglou V. Religion and the five factors of personality: A meta-analytic review. *Pers Individ Differ* 2002; 32: 15-25.
- ۴۲- کاظمیان ع. بررسی نگرش پزشکان در مورد بیماران ترمینال. مجله اخلاق و تاریخ پزشکی ۱۳۸۷؛ دوره ۱ (شماره ۲): ۶۱-۶۰.
- 43- Fitzgerald F. An academic internist looks at euthanasia. *Health Care Anal* 2004; 12(3): 209-14.
- 44- Akabayashi A. Euthanasia, assisted suicide, and cessation of life support: Japan's policy, law, and an analysis of whistle blowing in two recent mercy killing cases. *Soc Sci Med* 2002; 55(4): 517-27.