

بررسی نگرش انترن‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران در ارتباط با اatanازی

علی طاویانی^۱، مجتبی صداقت^۲، کیارش آرامش^{۳*}

مقاله‌ی پژوهشی

چکیده

هدف این مطالعه بررسی نگرش انترن‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران در ارتباط با اatanازی بوده است. این مطالعه در چهار ماهه‌ی نخست سال ۱۳۸۸ به انجام رسید. ابزار پژوهش پرسشنامه بوده که روایی و پایابی آن مورد تأیید قرار گرفته است. ۱۰۰ نفر از انترن‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران به صورت 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 χ^2 یا T-test استفاده گردید. به طور کلی ۵۴ درصد انترن‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران با اatanازی مخالف بوده‌اند. این در حالی بود که میزان پاسخ‌های مخالف نسبت به اatanازی فعال داوطلبانه ۸۸ درصد، اatanازی فعال غیرداوطلبانه ۴۷ درصد، اatanازی غیرفعال داوطلبانه ۱۸ درصد و اatanازی غیرفعال غیرداوطلبانه ۹۵ درصد بوده است. این نگرش ارتباطی با سن و جنسیت انترن‌های شرکت‌کننده در مطالعه نداشت. علاوه بر این افزایش مشاهده موارد پایانی زندگی توسط انترن‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران رابطه‌ی مثبتی با نگرش آنان نسبت به اatanازی داشته است.

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

واژگان کلیدی: اatanازی، 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: ۰۲۶۴۱۹۶۶۱ Email: kiarasharamesh@sina.tums.ac.ir

مقدمه

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 ااتانازی معمولاً پزشک یا تیم پزشکی، کمیته‌ی اخلاق پزشکی و خانواده‌ی بیمار یا قاضی تصمیم می‌گیرند.

- ااتانازی 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.

- ااتانازی غیرفعال غیرداوطلبانه

(passive non- voluntary euthanasia)

معمولًا در مورد بیمارانی به کار 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 به طور نسبی سبب افزایش طول عمر این بیماران گرددند، ولی ماهیت این امراض به گونه‌ای است که همراه با ناتوانی‌های (morbidity) بسیاری است و به طور واضح باعث کاهش کیفیت زندگی بیماران می‌شود.

یکی از مهم‌ترین مباحثی که تمامی ادیان الهی به آن پرداخته‌اند، مسئله‌ی مرگ می‌باشد. در تمامی این ادیان به آرامش و آسایش فردی که مرگ وی نزدیک است، توجه خاصی شده است (۲).

در محتوای تمامی ادیان الهی به ممنوعیت قتل نفس اشاره شده است و با توجه به این مسئله، ااتانازی نوعی قتل به شمار

پیشرفت‌های چشم‌گیر دانش پزشکی در دهه‌های اخیر سبب تغییر مفهوم مرگ از دیدگاه مردم، پزشکان و جامعه شناسان شده است (۱-۳). با در نظر گرفتن این تغییرات و امیدهای زیادی که نسبت به درمان بیماری‌های صعب العلاج و لاعلاج به وجود آمده، انتظار عامه‌ی مردم و به تبع آن جامعه‌ی پزشکی از کیفیت زندگی افزایش قابل ملاحظه‌ای داشته است (۱، ۲).

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

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

- ااتانازی 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 ااتانازی 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 بهبد وی وجود نداشته باشد.

- ااتانازی 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

یقین با مسئله‌ای 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 به عنوان نگرش منفی و گزینه‌ی موافقم به عنوان نگرش مثبت نسبت به اثنازی ثبت خواهد شد. پرسشنامه پس از طراحی برای تعیین پایایی بین ۱۵ نفر از اترن‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران به صورت اولیه مورد آزمون قرار گرفت. نتایج حاصل از این آزمون اولیه که به وسیله‌ی روش بررسی آزمون پایایی آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار گرفت و اعتبار آن به صورت 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 اثنازی شامل اثنازی فعال داوطلبانه، اثنازی غیرفعال داوطلبانه و اثنازی غیرفعال غیرداوطلبانه، اثنازی غیرفعال داوطلبانه، اثنازی غیرفعال غیرداوطلبانه، اثنازی غیرفعال غیرداوطلبانه بوده است.

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

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

می‌آید. ولیکن آنچه مورد تأیید و تأکید تمامی ادیان است مراقبت مطلوب و توجه به آرامش بیمار در مراحل انتهای حیات می‌باشد (۱، ۲).

فسار فراینده‌ای برای حل این مسئله وجود دارد که آیا پزشکان و سایر افراد قادر درمانی می‌توانند در شرایط خاص در ایجاد مرگ بیماران سهیم گردند، یا باید به طور کلی از این مسئله دوری گریند.

با پیشرفت‌های حاصل شده 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 مسئله 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 مسئله‌ی اثنازی یا مرگ با عزت (death with dignity) است.

نبوذ یک قانون منسجم، کامل و کارآمد نسبت به تمام جنبه‌های مسئله‌ی اثنازی نیز دلیل دیگری بر لزوم انجام یک بررسی در مورد دیدگاه پزشکان نسبت به این مسئله است. تحقیقات انجام شده در این زمینه در کشورهای غربی با توجه به اختلافات فااحش 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 به عنوان یک جامعه از کادر پزشکی در نظر گرفته شده‌اند؛ نسبت به جنبه‌های مختلف پدیده‌ی اثنازی بررسی می‌کنیم؛ چرا که این افراد در آینده به عنوان پزشک مشغول فعالیت خواهند شد و به طور

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 مذکور و تعداد ۴۹ نفر از آن‌ها مؤنث بودند. محدوده 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 به سر می‌برند.

محدوده نمرات پرها انترنی شرکت‌کنندگان در این مطالعه بین ۸۷ و ۱۸۴ بوده است. بیشترین تعداد نمرات خام پرها انترنی 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 جنبه م مختلف ا atanazi به شرح زیر است:

در نمونه‌ی اول که مربوط به ا atanazi فعال داوطلبانه است و نمرات در نظر 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 ا atanazi داشته باشد و برای جواب هر دو سؤال مربوط به این قسمت گزینه‌ی مخالفم را انتخاب کرده باشد، نمره‌ی ۲ به دست می‌آورد و در صورت موافقت کامل با آن و انتخاب گزینه‌ی موافقم در هر دو سؤال

شاغل و بر مبنای ۱۰۰ انترن مورد نیاز برای انجام مطالعه، تعداد انترن‌های انتخاب شده از هر بیمارستان به صورت 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 به صورت تصادفی از میان تمامی انترن‌های حاضر در هر بیمارستان انتخاب شدند. روش انتخاب تصادفی به صورت تصادفی سیستماتیزه بوده است. بدین شکل که اسامی تمامی انترن‌های هر بیمارستان به ترتیب حروف الفبا مرتب شد و بر حسب 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 تحويل پرسشنامه به افراد شرکت‌کننده اطلاع داده شده بود، جمع‌آوری گردید.

شرایط حذف هریک از پرسشنامه‌ها به‌طوری برنامه‌ریزی شده بود که یک پرسشنامه در صورت 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 به صورت توصیف فراوانی مطلق و متغیر مورد سنجش نگرش انترن‌ها نسبت به ا atanazi به صورت توصیف فراوانی نسبی مورد آنالیز قرار گرفت. برای تحلیل داده‌ها نسبت به نوع متغیر از آزمون‌های χ^2

صورتی که فردی برای تمامی ۱۰ سؤال مطرح شده در ارتباط با اثنازی گزینه‌ی مخالف را انتخاب کرده باشد، نمره‌ی ۱۰ را به دست آورده است ولیکن اگر فردی در پاسخ به این ۱۰ سؤال برای تمامی آن‌ها گزینه‌ی موافق را انتخاب کرده باشد نمره‌ی ۳۰ را به دست آورده است که نمرات ۱۰ لغایت ۲۰ به عنوان نگرش منفی و مخالفت با اثنازی 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 اثنازی در میان انترن‌های شرکت‌کننده در این مطالعه پردازیم. 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 اثنازی و جنسیت آن‌ها به این نتیجه رسیدیم که نگرش شرکت‌کنندگان نسبت به اثنازی در این مطالعه ارتباط معنی‌داری با جنسیت آنان ندارد ($P = 0.4$).

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 اثنازی ارتباط آماری معنی‌داری با سن شرکت‌کنندگان نداشت ($P = 0.33$).

در مورد بررسی ارتباط نگرش انترن‌ها نسبت به اثنازی و تعداد بیماران مشاهده شده در مراحل پایانی زندگی توسط انترن‌ها به این نتیجه رسیدیم که ارتباط آماری معنی‌داری بین نگرش مثبت نسبت به اثنازی و تعداد بیماران مشاهده شده در مراحل پایانی زندگی توسط انترن‌ها وجود دارد ($P = 0.24$). این ارتباط به این شکل است که هرچه تعداد بیماران end stage نگرش آنان نسبت به اثنازی بیشتر بوده باشد، اثنازی پیش می‌رود.

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

براساس توضیحات ارائه شده برای نمونه‌ی اول مطرح شده در پرسشنامه در قسمت اثنازی فعال غیرداوطلبانه، به علت شامل بودن ۴ سؤال، مخالفت کامل با این جنبه از اثنازی 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 اثنازی فعال غیرداوطلبانه است که بر این اساس میزان مخالفت با این جنبه از اثنازی به اندازه‌ی ۴۷ درصد محاسبه شده است.

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

در بخش اثنازی غیرفعال غیرداوطلبانه نیز تعداد سؤالات برابر با ۲ بوده است که در نتیجه، نمره مخالفت کامل با اثنازی غیرفعال غیرداوطلبانه برابر با ۲ و نمره‌ی موافقت کامل با آن برابر با ۶ است. که نمرات ۲ لغایت ۴ به عنوان مخالفت با این جنبه از اثنازی درنظر گرفته شده است. بر این اساس، میزان مخالفت با اثنازی غیرفعال غیرداوطلبانه به اندازه‌ی ۹۵ درصد محاسبه شده است. تجزیه و تحلیل داده‌های مربوط به چهار جنبه‌ی مختلف اثنازی به ما نشان داد که نگرش کلی انترن‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران که در این مطالعه شرکت کرده بودند به صورت مخالفت با اثنازی به میزان ۵۴ درصد بوده است. این پرسشنامه شامل ۱۰ سؤال بوده است در

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 اثنازی میان پزشکان این دو مرکز برابر با ۸۰ درصد در یکی از مرکز و ۵۲ درصد در مرکز دیگر بود (۷).

در مطالعه‌ی صورت‌گرفته توسط Chong و همکاران در سال ۲۰۰۵ در کشور هنگ کنگ موافقت با اثنازی 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 اثنازی 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 اثنازی؛ در تحقیق Ahmed و همکاران در سال ۲۰۰۱، ۸۵ درصد پزشکان شاغل در خارطوم سودان که در مطالعه شرکت کرده بودند، نسبت به مسئله‌ی اثنازی نگرش منفی داشتند. مشابه این نتیجه در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۵ توسط Abbas و همکاران در پزشکان پاکستانی صورت گرفت مشاهده شد. به صورتی که در این مطالعه نیز تنها ۱۵/۳ درصد پزشکان موافق با انجام اثنازی بودند (۱۰، ۱۱).

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

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

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

آخرین مورد تجزیه و تحلیل داده‌ها در این مطالعه مربوط به بررسی ارتباط نگرش اینترنت‌ها نسبت به اثنازی و نمره‌ی پرهانترنی آن‌ها بوده است. در این قسمت پس از تحلیل داده‌ها به این نتیجه رسیدیم که بین نگرش اینترنت‌های مشارکت داده شده در این مطالعه نسبت به اثنازی و نمره‌ی پرهانترنی آن‌ها ارتباط آماری معنی‌داری وجود دارد ($P = 0.004$). ارتباط بین نوع نگرش و نمره‌ی پرهانترن بدین صورت است که با افزایش نمره‌ی پرهانترنی اینترنت‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران، نگرش آن‌ها نسبت به مسئله‌ی اثنازی 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 اینترنت‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران بودند؛ به صورت منفی و مخالفت با اثنازی بوده است.

میزان موافقت یا مخالفت با اثنازی 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 به صورت مروری بر مطالعات انجام شده در ارتباط با اثنازی از سال ۱۹۹۷ بود، نشان داد که ۵۶/۶ درصد پزشکان آمریکایی موافق با انجام اثنازی 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 عمده دستگاه‌های تهويه‌ی مصنوعی از بیماران است (۶).

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

عدم ارتباط میان نگرش پزشکان نسبت به اatanازی 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، ۶).^۴ مطالعات Abbas و همکاران، 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 اatanازی می‌باشد. این ارتباط در جنس مذکور و به صورت افزایش موافقت با اatanازی در بیماران به اثبات رسیده است (۱۳، ۱۲، ۱۱، ۶).^۵

از جمله مطالعاتی که به بررسی افزایش نگرش مثبت نسبت به اatanازی 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 Feteke و همکاران، Giannini و همکاران، Dickinson 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 اatanازی 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 اatanازی 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.

در صورتی که نمره‌ی پره‌انترنی انترن‌های حاضر در این مطالعه را به عنوان شاخصی از میزان توانایی‌های علمی و عملی انترن‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران به حساب آوریم، به نظر می‌رسد که داشتن اطلاعات بیشتر در ارتباط با مسائل و مشکلات بیماران در مراحل پایانی زندگی (end estage) و نحوه برخورد با آن‌ها به خصوص انواع راهبردهای کنترل

همان‌طور که مشاهده شد نگرش نسبت به اatanازی 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 اatanازی که ما در این مطالعه به بررسی آن پرداختیم و آن را به صورت مخالفت ۵۴ درصدی با اatanازی به دست آورديم؛ قابل پيش‌بيني بوده است.

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

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

به عنوان نمونه، Rurup و همکاران در مطالعه‌ی خود که در مرکز بررسی سلامت شغلی و اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی آمستردام هلند انجام شده بود، به اين نتیجه رسيدند که با افزایش سن پزشکان میزان موافقت با اatanازی در میان پزشکان افزایش یافته است. ولیکن در مطالعه‌ی انجام شده Abbas و همکاران در سال ۲۰۰۵ بر روی پزشکان پاکستانی و هندی اين نتیجه به اثبات رسید که تمایل به انجام اatanازی و نگرش مثبت نسبت به آن در میان پزشکان جوان‌تر بيشتر بوده است. هم‌چنين نتیجه‌ی مشابه در مطالعه‌ی انجام شده توسط Jegesy و همکاران در مجارستان در سال ۲۰۰۲ مشاهده شد. بدین‌صورت که سن پاين‌تر دانشجویان پزشکی به عنوان عاملی تأثيرگذار بر روی نگرش مثبت نسبت به مسئله‌ی اatanازی بوده است (۱۳، ۱۱، ۹).^۶

- منابع**
- ۱- همتی ا، پارساپورع ر. نوشتاری پیرامون ا atanazi. تهران: مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران؛ ۱۳۸۵، ص ۶۲-۳.
 - ۲- Oduncu FS. Euthanasia: killing as due care? *Wien Med Wochenschr* 2003; 153(17-18): 387-91.
 - ۳- Sachedina A. End-of-life: the Islamic view. *Lancet* 2005; 366(9487): 774-9.
 - ۴- Ahmed AM, Kheir MM. Attitudes towards euthanasia among final-year Khartoum University medical students. *East Mediterr Health J* 2006; 12(3-4): 391-7.
 - ۵- 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.
 - ۶- 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.
 - ۷- 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.
 - ۸- 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.
 - ۹- 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.
 - ۱۰- 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.
 - ۱۱- 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.
 - ۱۲- Ramirez-Rivera J, Cruz J, Jaume-Anselmi

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

در مطالعه‌ی انجام گرفته توسط karlsson و همکاران در سال ۲۰۰۷ در دانشگاه Linkopin در استکلهلم سوئد، مشخص شد که دانشجویان شرکت‌کننده در این پژوهش به‌طور مشخص اعتقاد داشتند که نیاز است تا تعليمات لازم و کافی در ارتباط با کترل علائم بیماران end stage به‌خصوص کترول 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 بخشدند (۱۴). به‌نظر می‌رسد که پس از مشخص شدن نگرش انترن‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران در ارتباط با atanazi نیاز است تا مطالعاتی ترتیب داده شوند که نگرش پزشکان را نیز در ارتباط با مسئله‌ی atanazi پس از فراغت از تحصیل بررسی نمایند. البته به نظر می‌رسد که هم‌چنان نیاز به تدوین مطالعه، 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.

- 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.
- 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

