

بررسی تأثیر میزان افسردگی دانشجویان و دستیاران بر دیدگاه آن‌ها نسبت به مرگ از روی ترحم

لیلا رازقیان جهرمی^{۱*}، صفورا صادقی مزیدی^۲، علی فرهنگ دوست^۳

۱. استادیار روانپزشکی، گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.

۲. کارشناس سلامت روانی، مرکز تحقیقات سوءمصرف مواد و بهداشت روان، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.

۳. دانشجوی پزشکی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.

چکیده

افزایش ابتلا به بیماری‌های مزمن و صعب‌العلاج و کمبود امکانات جهت رسیدگی به بیماران موجب مطرح شدن بحث اولویت بندی در تخصیص امکانات و انتخاب بیماران در استفاده از امکانات و انتخاب بین مرگ و زندگی می‌شود. بحث خاتمه حیات و قطع درمان از جمله چالش‌های حوزه پزشکی و اخلاق می‌باشد. در سال‌های اخیر درخواست اتانازی افزایش یافته است و پزشکان آینده قطعاً با این موضوع رو به رو خواهند شد. این مطالعه مقطعی بر روی ۲۰۰ تن از دانشجویان و دستیاران پزشکی در سال ۱۴۰۰ انجام شد. تمامی شرکت‌کنندگان پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، افسردگی بک و نگرش به اتانازی را با رضایت خود تکمیل کردند. در مطالعه حاضر ۶۷/۵٪ شرکت‌کنندگان با اتانازی موافق بودند. نگرش مثبت به اتانازی در مردان بیشتر از زنان بود ($P=0/022$) و در افراد مجرد بیشتر از متاهلین بود ($P=0/045$). با افزایش اعتقادات مذهبی در افراد میانگین نمره نگرش به اتانازی در آن‌ها کاهش میافت و مخالفت با آن بیشتر می‌شد ($P>0/001$). نگرش مثبت به اتانازی با افسردگی و شدت آن مرتبط بود ($P>0/001$). این مقاله حاصل پایان‌نامه دکترای عمومی دانشگاه علوم پزشکی شیراز است. در طول فرایند پژوهش اصول اخلاقی در پژوهش‌های دارای آزمودنی انسانی در براساس راهنمای جمهوری اسلامی ایران، از جمله اخذ رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش رعایت شد. افسردگی و شدت آن با تمایل بیشتر پزشکان برای اتانازی ارتباط معنادار دارد. از سوی دیگر هرچه اعتقادات مذهبی قوی‌تر باشد میزان مخالف با اتانازی نیز افزایش می‌یابد. حمایت از اتانازی در مردان و افراد مجرد نیز بیشتر از گروه‌های دیگر بود.

واژگان کلیدی: اتانازی، افسردگی، دانشجویان پزشکی، دستیاران پزشکی.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۶/۰۸

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۱/۰۳

تاریخ انتشار: ۱۴۰۱/۱۲/۰۲

* نویسنده‌ی طرف مکاتبه:

لیلا رازقیان جهرمی

آدرس: شیراز، بلوار چمران، بیمارستان حافظ،

دفتر گروه روانپزشکی

کد پستی: ۷۱۹۴۶ - ۳۴۷۸۶

تلفن: ؟؟؟

Email: leilarazeghian1366@gmail.com

مقدمه

در دهه های اخیر درمان های جدید به طور نسبی سبب افزایش طول عمر بیماران مبتلا به بیماری های مزمن گردیده است، اما در بعضی موارد این بیماری ها با ناتوانی های زیادی برای بیماران همراه است، که به کاهش واضح کیفیت زندگی در آن ها منجر می شود. از سویی پیشرفت فناوری های جدید مراقبتی در بخش های مراقبت ویژه سبب شده است که بیماران با آسیب های بسیار جدی مانند فلج چهار اندام حرکتی و آسیب های شدید مغزی در بخش های مراقبت ویژه به زندگی خود (حداقل در حلت نباتی) ادامه دهند. این شرایط سبب درد و رنج زیادی در این بیماران می شود، که بدون امید به بهبودی آن را تحمل می کنند (۱). از سوی دیگر هزینه های بسیار زیادی نیز ممکن است به خانواده یا نظام سلامت تحمیل می گردد. از همین رو در دهه های اخیر قتل از روی ترحم یا اتانازی به عنوان یک انتخاب در مقابل این بیماران قرار می گیرد (۱، ۲).

کلمه ای اتانازی از منشا یونانی به معنی مرگ خوب است (۳). اتانازی جنبه های مختلف، مثل فعال (وارد کردن چیزی که باعث مرگ می شود) تا غیرفعال (عدم درمان یا اقدامات حمایتی)، داوطلبانه یا غیرداوطلبانه (با رضایت قیّم) دارد (۴، ۵).

اتانازی از زمان یونان و روم باستان موضوع بحث های شدید اخلاقی بوده است (۶). این بحث ها حول محور اخلاق انجام چنین عملی، نقض مفروض سوگند بقراط، اعتقادات دینی، قداست زندگی و داستان های رنج بیماران مبتلا به

پیام های کلیدی

- ۱- بیش از نیمی از شرکت کنندگان در مطالعه با اتانازی موافق بودند.
- ۲- نگرش مثبت به اتانازی با افسردگی مرتبط بود.
- ۳- شدت افسردگی با نگرش مثبت به اتانازی مرتبط بود.
- ۴- مخالفت با اتانازی در افرادی که خود را مذهبی تلقی می کردند بیشتر بود.

بیماری های صعب العلاج است (۶). دیدگاه حامیان اتانازی این است که افرادی که بیماری لاعلاج و پیشرونده و ناتوان کننده دارند، باید حق مرگ با وقار را داشته باشند بسیاری از بیماران در زندگی نباتی مدام یا بیماری مزمن، نمی خواهند باری روی دوش خانواده شان باشند (۷). از طرف دیگر حق نخواستن درمان پزشکی در قانون اثبات شده است و شامل درمان دارویی که عمر را حفظ یا طولانی کرده، می شود (۸). مخالفان این دیدگاه معتقدند اقدام به خودکشی نشانه ای بیماری روحی دیده می شود (۹). علاوه بر این مطالعاتی وجود دارد که شیوع قابل توجه افسردگی در بیماران متقاضی اتانازی را نشان می دهد (۱۰، ۱۱). همچنین در دوره ای کاهش اخلاق و عدالت، احتمال سوء استفاده از اتانازی توسط افراد خانواده یا خویشاوندان برای به ارث بردن املاک بیمار وجود دارد (۵).

نتایج بررسی های مختلف در دو دهه اخیر در کشورهای مختلف برای ارزیابی دیدگاه و نگرش در مورد اتانازی در بین پزشکان و دانشجویان پزشکی، مردم، بیماران و بستگان

Website: <http://ijme.tums.ac.ir>

روش اجرا

طراحی مطالعه و جمعیت مورد مطالعه: این مطالعه یک مطالعه توصیفی مقطعی می باشد، که ۲۰۰ نفر از دانشجویان سال آخر پزشکی عمومی و دانشجویان تخصص رشته های مختلف در دانشگاه علوم پزشکی شیراز مورد ارزیابی قرار می دهد. در این مطالعه، پس از هماهنگی با گروه های آموزشی لیست دانشجویان و دستیاران حاضر در هر یک از بیمارستان های آموزشی شامل بیمارستان نمازی، شهید فقیهی، ابن سینا و حافظ تهیه شد. افراد از لیست آماده شد به روش خوشه ای و تصادفی ساده انتخاب شدند. ضمن حضور پژوهشگر در بیمارستان و توضیح ضرورت انجام مطالعه، دانشجویان انتخاب شده ای که تمایل به همکاری داشتند به تکمیل پرسشنامه پرداختند.

جمع آوری اطلاعات: در این مطالعه اطلاعات دموگرافیک از جمله سن، جنس، وضعیت تاهل، اعتقادات مذهبی (با توجه به برداشت خود فرد از خودش)، بیماری زمینه ای، رشته تخصص و سابقه کار جمع آوری گردید. دو قسمت دیگر شامل دو پرسشنامه افسردگی بک و نگرش به اتانازی توسط شرکت کنندگان تکمیل گردید. پرسشنامه نگرش به اتانازی در سال ۱۹۷۹ توسط نیوتن و توردلا طراحی و اعتبار یابی شده است و نسخه فارسی آن توسط آقابابایی با آلفای کرونباخ ۰.۸۸ و همبستگی درونی ۰.۵۶ تایید شده است. پرسش نامه دوم پرسشنامه افسردگی بک بود که کسب نمره بالاتر از ۱۱ به معنای وجود افسردگی بود. همچنین شدت های افسردگی به صورت بازه های ۱-۱۰ (طبیعی)، ۱۱-۱۶ (کمی افسرده)، ۱۷-۲۰ (نیازمند مشورت با روانپزشک)، ۲۱-۳۰ (به نسبت افسرده)، ۳۱-۴۰ (افسردگی شدید) و بیشتر از ۴۰ (افسردگی

بیماران در حال مرگ، ناهمگونی زیادی را نشان داده اند، که نشان می دهد چنین نگرش هایی ممکن است زمینه ای باشد، به عنوان مثال، باورها و نظرات شخصی و فرهنگ خاص بر این باورها تاثیر گذار است (۱۲-۱۵). علاوه بر این، این بررسی ها بیشتر در کشورهای با درآمد بالا در اروپا، آمریکای شمالی یا اقیانوسیه با پیشینه مذهبی یهودی-مسیحی انجام می شود و یافته ها را نمی توان به کشورهای کم درآمد و متوسط آسیایی که وابستگی های فرهنگی و مذهبی متفاوت هستند تعمیم داده شود.

در حال حاضر اتانازی داوطلبانه (با رضایت بیمار) تنها در چند کشور از جمله کانادا، نیوزلند، بلژیک، هلند، لوکزامبورگ، کلمبیا، اسپانیا و برخی از ایالات استرالیا قانونی است (۱۶). و در ایران قانونی نمی باشد. با این حال به منظور مواجهه و پاسخگویی به سوالات بیماران یا بستگان آنها در مورد اتانازی، ارزیابی نگرش نسبت به اتانازی در محیط محلی در میان پزشکان و دانشجویان پزشکی (پزشکان آینده) برای درک دامنه تغییر در گزینه های مدیریتی برای بیماران مبتلا به بیماری های لاعلاج در آینده مفید خواهد بود. مطالعات انجام شده در ایران در رابطه با دیدگاه پزشکان در زمینه اتانازی محدود است، اما بر اساس این مطالعات بیش نیمی از پزشکان با انجام حداقل یکی از انواع اتانازی موافق هستند (۱۷). همچنین حق انتخاب اتانازی توسط خود بیمار کاملاً موافق هستند (۱۸).

با توجه به محدودیت مطالعات در ایران، در این مطالعه به بررسی نگرش نسبت به اتانازی و فاکتورها بر آن در دانشجویان پزشکی، دستیاران تخصصی و فوق تخصصی رشته های مختلف دانشگاه علوم پزشکی پرداخته شد.

بیش از حد) تعریف شدند.

آنالیز آماری: در این مطالعه از روشهای آماری توصیفی شامل شاخص های مرکزی و پراکندگی برای توصیف داده ها استفاده شد. برای متغیرهای کمی از میانگین و انحراف معیار و برای متغیرهای کیفی از تعداد و درصد استفاده گردید. برای تحلیل استنباطی از تست معنی داری کای دو و تی تست مستقل و یا من ویتنی استفاده شد. همچنین برای بررسی ارتباط یک متغیر کمی در چند گروه از آزمون آنالیز واریانس یک طرفه آنوا و یا کراسکال والیس استفاده شد. سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. آنالیزها با استفاده از نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل گردیدند.

نتایج

در این مطالعه در مجموع ۲۰۰ شرکت کننده، شامل ۱۰۵ (۵۲/۵٪) مرد و ۹۵ (۴۷/۵٪) زن بودند. میانگین سن شرکت کنندگان $11/5 \pm 3/2$ سال بود. از بین شرکت کنندگان ۶۵ نفر (۳۲/۵٪) از

شرکت کنندگان با اتانازی مخالف و ۱۳۵ نفر (۶۷/۵٪) با اتانازی موافق بودند.

رابطه سن و میل به اتانازی را با استفاده از آزمون اسپیرمن بررسی شد، ضریب همبستگی این دو متغیر کمی $0/078 -$ به دست آمد که بسیار ضعیف است و از لحاظ آمار این ارتباط معنی دار نبود ($P=0/273$).

وضعیت مذهبی، جنسیت، و وضعیت تاهل از جمله مواردی بودند که با نگرش به اتانازی ارتباط آماری معناداری نشان دادند. به طوری که فراوانی موافقین با اتانازی در جمعیتی که از عقاید مذهبی ضعیف تری داشتند بیشتر بود ($P>0/001$). همچنین مردان بیش از زنان و متاهلین بیش از افراد مجرد موافق اتانازی بودند ($P=0/023$ ، $P=0/045$).

علاوه بر این ۸۳/۶٪ از کسانی که افسردگی داشتند با اتانازی موافق بودند این در حالیست میان کسانی که افسردگی نداشتند ۴۸/۲٪ با اتانازی موافق بودند ($P>0/001$). همچنین با افزایش شدت افسردگی میزان موافقت با اتانازی افزایش می یافت ($P>0/001$).

جدول شماره ۱ - ارتباط نگرش به اتانازی و مشخصات دموگرافیک و فاکتورهای شغلی

P.value	نگرش به اتانازی		مشخصه
	موافق	مخالف	
۰/۰۲۳	۵۷ (۴۱/۵)	۳۸ (۵۸/۵)	مونث
	۷۸ (۷۴/۳)	۲۷ (۲۵/۷)	مذکر
<۰/۰۰۱	۵۳ (۸۴/۱)	۱۰ (۱۵/۹)	غیرمذهبی
	۵۳ (۶۹/۷)	۲۳ (۳۰/۳)	کم مذهبی
	۲۴ (۵۴/۵)	۲۰ (۴۵/۵)	نسبتاً مذهبی
	۵ (۲۹/۴)	۱۲ (۷۰/۶)	خیلی مذهبی
۰/۰۴۵	۸۷ (۷۲/۵)	۳۳ (۲۷/۵)	مجرد
	۴۸ (۶۰/۰)	۳۲ (۴۰/۰)	متاهل
۰/۰۶۴	۳ (۷۵/۰)	۱ (۲۵/۰)	فلوشیپ هماتولوژی
	۷ (۷۰/۰)	۳ (۳۰/۰)	رزیدنت رادیو آنکو

P.value	نگرش به اتانازی		مشخصه	
	موافق	مخالف		
	۱۵ (۷۵/۰)	۵ (۲۵/۰)	رزیدنت جراحی	
	۱۱ (۵۵/۰)	۹ (۴۵/۰)	رزیدنت روانپزشکی	
	۱۱ (۵۵/۰)	۹ (۴۵/۰)	رزیدنت پاتولوژی	
	۸ (۴۰/۰)	۱۲ (۶۰/۰)	رزیدنت پوست	
	۱۷ (۸۵/۰)	۳ (۱۵/۰)	رزیدنت بیهوشی	
	۴۹ (۷۴/۳)	۱۷ (۲۵/۷)	اینترن	
<۰/۰۰۱	۴۲ (۴۸/۲)	۴۵ (۵۱/۸)	خیر	افسردگی
	۹۲ (۸۳/۶)	۱۸ (۱۶/۴)	بلی	
	۴۳ (۴۷/۸)	۴۷ (۵۲/۲)	عدم وجود افسردگی	شدت افسردگی
	۴۴ (۸۰/۰)	۱۱ (۲۰/۰)	کمی افسرده	
<۰/۰۰۱	۱۶ (۸۸/۹)	۲ (۱۱/۱)	نیازمند مشاوره با روانپزشک	
	۱۹ (۷۹/۲)	۵ (۲۰/۸)	به نسبت افسرده	
	۸ (۱۰۰/۰)	۰ (۰/۰)	افسرده	
	۵ (۱۰۰/۰)	۰ (۰/۰)	افسردگی بیش از حد	

بحث

مهم در نگرش به اتانازی بودند. همچنین افسردگی و شدت آن با نگرش نسبت به اتانازی مرتبط بود.

در مطالعه ی بناگذار محمدی و زارع نهندی بیش از ۷۰ درصد از دانشجویان پزشکی و دستیاران موافق اتانازی بودند (۱۹). در مطالعه ی حیدری نیمی از دانشجویان پزشکی نسبت به اتانازی نگرش مثبت داشتند (۲۰). در مطالعه ی ناصح و همکاران بیش ۶۰ درصد از دانشجویان و پزشکان نسبت به اتانازی نگرش منفی داشتند (۲۱). در مطالعه ی روح الله زاده در بابل تنها ۳۱ درصد از دستیارهای تخصصی نسبت به اتانازی نگرش مثبت داشته اند (۲۲). در مطالعه ی طاوسیان که در سال ۱۳۸۸ انجام شد، ۵۴ درصد اینترن ها مخالف اتانازی بودند (۱).

مطالعات انجام شده در سایر کشورها نشان میدهد، حدود ۵۸ درصد از دانشجویان پزشکی در هنک کنگ از اتانازی

افزایش بیماری های مزمن و صعب العلاج از یک سو، مشکلات اقتصادی و پیشرفت تکنولوژی پزشکی و تجهیزات جدید از سوی تیم درمانی را با چالش های اخلاقی فراوان مواجه ساخته است که یکی از این چالش ها موضوع مرگ از روح ترحم (اتانازی) است. در سال های اخیر درخواست اتانازی افزایش یافته است و پزشکان آینده قطعا با این موضوع روبرو خواهند شد. فارغ التحصیلان جدید با این چالش بیش از پیش رو به رو خواهند شد لذا در این مطالعه به بررسی نگرش نسبت به اتانازی و فاکتورها بر آن در دانشجویان پزشکی، دستیاران تخصصی و فوق تخصصی رشته های مختلف دانشگاه علوم پزشکی پرداختیم.

در مطالعه حاضر ۶۷/۵٪ شرکت کنندگان با اتانازی موافق بودند. جنسیت، وضعیت تاهل وضعیت مذهبی از فاکتورهای

حمایت نکردند (۲۳). نگرش منفی نسبت به اتانازی در لهستان در ۵۲٪ دانشجویان پزشکی گزارش شد (۲۴)، ۵۲٪ از دانشجویان پزشکی در سوئیس و ۵۷٪ در آلمان (۲۵)، ۶۱٪ در مالزی (۲۶) و ۷۶٪ در نروژ (۲۷) با اتانازی مخالف بودند. در هند نگرش مثبت در ۶۰ درصد از دانشجویان پزشکی گزارش شد (۲۸). به طور کلی در مطالعات مختلف اختلاف قابل توجهی بین درصد افراد موافق با اتانازی در بین دانشجویان پزشکی وجود دارد. که این اختلاف را می توان به استفاده از ابزارهای مختلف جهت سنجش نگرش به اتانازی، تفاوت در فرهنگ، عقاید، و دین و مذهب نسبت داد.

عدم ارتباط سن با نگرش به اتانازی پیشتر در مطالعه طاوسیان و همکارانش در تهران نیز به اثبات رسیده بود. آنها نیز به این نتیجه رسیدند که ارتباط نگرش به اتانازی با سن اینترن های دانشگاه علوم پزشکی تهران معنادار نیست (۱). مطالعات دیگری مانند مطالعه دیکینسون و همکاران در انگلستان در ۲۰۰۲ (۲۹) و مطالعه چونگ و همکارانش در دانشگاه هنگ کنگ (۳۰) نیز به این نتیجه رسیدند که میان ارتباط معناداری میان سن افراد شرکت کننده و نگرش آنان به اتانازی دیده نشد. البته این موضوع در مطالعه حاضر و همچنین مطالعه طاوسیان می تواند به دلیل این باشد که نمونه های دانشجویی محدوده سنی خاصی و طیف کوچکی را پوشش می دهند و نمی توانند جامعه مناسبی برای بررسی این ارتباط باشند (۳۱).

همسو با مطالعه حاضر ارتباط میان جنسیت و نگرش به اتانازی پیش تر در مطالعات دیگری نیز به اثبات رسیده بود. فکته و همکاران (۳۲) و سیلوونیمی و همکاران در فنلاند (۳۳) هر دو به این نتیجه رسیده که میان جنس مذکر و افزایش

حمایت از اتانازی ارتباط مستقیم و معنادار وجود دارد. این درحالیست که برخلاف پژوهش حاضر در مطالعات دیکینسون و همکاران (۲۹) و مطالعه روپ و همکاران (۳۴) میان جنسیت و نگرش پزشکی ارتباط معناداری وجود نداشت.

از دیگر موضوعات مورد بررسی رابطه مذهب با نگرش به اتانازی بود. در پژوهشی در ۲۰۱۲ در میان پزشکان شهر لندن مک کورمک و همکاران به این نتیجه رسیدند که مذهب یک عامل پیش بینی کننده در تمایل پزشکان به انجام و حمایت از اتانازی است (۳۵). لیسکر و همکاران نیز به این نتیجه دست یافتند که استدلال های اخلاقی و دینی از مهم ترین دلایل مخالفان با اتانازی است (۳۶). در پژوهش دیگری در دانشجویان پزشکی دو دانشگاه لهستان لپرت و همکارانش مشاهده کردند، ۲۵/۲۹٪ از افراد آتئیست با اتانازی موافق بودند درحالیکه فقط ۹/۱۵٪ از دانشجویان کاتولیک با اتانازی موافق بودند (۳۷). از علل این موضوع می توان به این موضوع اشاره که در محتوای تمامی ادیان الهی به ممنوعیت قتل نفس اشاره شده است و باتوجه به این مساله، اتانازی نوعی قتل به شمار می آید همچنین در پژوهشی ونگر و همکارانش ذکر می کنند اعتقادات مذهبی پزشکان می تواند تأثیر عمده ای بر نحوه مرگ بیماران داشته باشد در نتیجه بیماران ممکن است نیاز داشته باشند که دیدگاه های مذهبی پزشکان را جویا شوند تا اطمینان حاصل کنند که آنها با اولویت های مراقبت از پایان زندگی بیمار مطابقت دارند (۳۸).

مورد دیگری که بررسی شد ارتباط میزان افسردگی پزشکان و نگرش آنان به اتانازی بود. در میان گروهی که افسردگی داشتند ۸۳/۶٪ با اتانازی موافق بودند در حالی که ۴۸/۲٪ افرادی که افسردگی نداشتند با اتانازی موافق بودند و

نتیجه گیری

به طور کلی این مطالعه نشان داد بیش از نیمی از افراد مورد مطالعه با اتانازی موافق هستند. افسردگی و شدت آن با تمایل بیشتر پزشکان برای اتانازی ارتباط معنادار دارد. با توجه به رابطه معنادار افسردگی و حمایت از اتانازی و همچنین افزایش حمایت از اتانازی با شدت گرفتن افسردگی، مداخلات درمانی و روانپزشکی جهت بهبود دانشجویان پزشکی به عنوان عضوی مهم در سلامت جامعه صورت گیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان نامه دکترای عمومی دانشگاه علوم پزشکی شیراز است. در طول فرایند پژوهش اصول اخلاقی در پژوهش‌های دارای آزمودنی انسانی در براساس راهنمای جمهوری اسلامی ایران، از جمله اخذ رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش رعایت شد. بدین وسیله از حمایت‌های علمی و معنوی معاونت پژوهشی، مدیریت و نیز تمامی کادر درمانی بیمارستان استاد محوری که صمیمانه ما را در انجام این تحقیق یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

تعارض منافع

نویسندگان بایستی هیچ گونه نوع منافع مالی و غیر مالی دخیل ارائه مقاله و یا انجام پژوهش را قید نمایند.

از آن حمایت می‌کردند ($P > 0/001$). همچنین با شدت گرفتن علائم افسردگی موافقت با اتانازی نیز به طور معناداری افزایش یافت ($P > 0/001$). مطالعات پیشین اغلب رابطه افسردگی بیماران و میل به اتانازی را در آنان بررسی می‌کرد و تا زمان نگارش پژوهش حاضر مطالعه‌ای با هدف تاثیر افسردگی پزشکان و حمایت آنان از اتانازی پیدا نشد. مطالعه‌ی ما با محدودیت‌هایی رو به رو بود. از این جمله می‌توان به حجم کوچک نمونه، محدود بودن ارزیابی به دانشجویان و دستیاران، و محدود بودن به یک شهر اشاره کرد. با این وجود این مطالعه اولین مطالعه‌ای است که به بررسی ارتباط نگرش به اتانازی و افسردگی در پزشکان می‌پردازد.

منابع

1. Tavoosiyan A, Sedaghat M, Aramesh K. Euthanasia: assessment of medical students' perspective. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2009;3(1):43-52.
2. Rastegari H, Sedaghat M, Saedi S, Aramesh K. Euthanasia: nurses perspective in teaching hospitals of Tehran University of Medical Sciences. *Iran J Med Ethic History Med*. 2010;3(5):37-44.
3. Lewy G. Assisted suicide in US and Europe. New York: Oxford University Press, Inc; 2011.
4. Dowbiggin I. A merciful end: The euthanasia movement in modern America: Oxford University Press; 2003.
5. SHANBAUG AR, INDIA UO. Writ Petition (crl.) 115 of 2009. 2011.
6. Emanuel EJ. The history of euthanasia debates in the United States and Britain. *Annals of internal medicine*. 1994;121(10):793-802.
7. Math SB, Chaturvedi SK. Euthanasia: right to life vs right to die. *The Indian journal of medical research*. 2012;136(6):899.
8. Sheldon T. Dutch legal protection scheme for doctors involved in mercy killing of babies receives first report. *British Medical Journal Publishing Group*; 2009.
9. Lönnqvist J. Major psychiatric disorders in suicide and suicide attempters. *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: edited by Danuta Wasserman and Camilla Wasserman: Oxford University Press; 2009. p. 275-8.*^۶
10. Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, Mowchun N, Lander S, Levitt M, et al. Desire for death in the terminally ill. *The American journal of psychiatry*. 1995.
11. Gandhi A, Chaturvedi S, Chandra P, editors. Desire for death in cancer patients-an Indian Study. *International Congress of the International Psycho Oncology Society, Copenhagen*; 2004.
12. Castelli Dransart DA, Lapierre S, Erlangsen A, Canetto SS, Heisel M, Draper B, et al. A systematic review of older adults' request for or attitude toward euthanasia or assisted-suicide. *Aging & Mental Health*. 2021;25(3):420-30.
13. Vézina-Im L-A, Lavoie M, Krol P, Olivier-D'Avignon M. Motivations of physicians and nurses to practice voluntary euthanasia: a systematic review. *BMC palliative care*. 2014;13(1):1-17.
14. Young J, Egan R, Walker S, Graham-DeMello A, Jackson C. The euthanasia debate: synthesising the evidence on New Zealander's attitudes. *Kōtuitui: New Zealand Journal of Social Sciences Online*. 2019;14(1):1-21.
15. Gutierrez-Castillo A, Gutierrez-Castillo J, Guadarrama-Conzuelo F, Jimenez-Ruiz A, Ruiz-Sandoval JL. Euthanasia and physician-assisted suicide: a systematic review of medical students' attitudes in the last 10 years. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2020;13.
16. Pereira J .Legalizing euthanasia or assisted suicide: the illusion of safeguards and controls. *Current Oncology*. 2011;18(2):38-45.
17. Taghadosi Nejad F, Okazi A, Maghareh Zade Esfehiani M, Yousefi Nejad V. Comparison of attitude of physicians and patients about euthanasia in Tehran's University of Medical Sciences Hospitals in 2012–2013. 2014. *Materials & Methods: This is a descriptive cross-sectional study which was performed on.55:3.86-2.59.*
18. Kachoie A, Ahmari Tehran H, Heidari A, Heidarpour A, Raeisi M, Afrakhteh Z. Medical students' attitude towards Euthanasia in Qom in 2009. *Qom University of Medical Sciences Journal*. 2011;5(3):61-5.
19. Banagozar Mohammadi A, Zaare Nahandi M. Performance & Knowledge of Medical Students & Postgraduate Residents about Legal Issues Relating to Euthanasia-The Need for Education. *Iranian Journal of Forensic Medicine*. 2016;22(3):229-36.

20. Roohollahzadeh Andevvari J, Yadollahpour MH, Khafri S. The Attitude of Medical Students of Babol University of Medical Sciences towards Euthanasia. *Journal of Religion and Health*. 2020;8(1):89-98.
21. Lau AM-Y, Wong EL-Y. Attitude towards Euthanasia among Medical Students: A Cross-Sectional Study in Hong Kong. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022;19(13):7697.
22. Leppert W, Gottwald L, Majkowicz M, Kazmierczak-Lukaszewicz S, Forycka M, Cialkowska-Rysz A, et al. A comparison of attitudes toward euthanasia among medical students at two Polish universities. *Journal of Cancer Education*. 2013;28(2):384-91.
23. Anneser J, Jox RJ, Thurn T, Borasio GD. Physician-assisted suicide, euthanasia and palliative sedation: attitudes and knowledge of medical students. *GMS Journal for Medical Education*. 2016;33.(۱)
24. Adchalingam K, Kong W, Zakiah M, Zaini M, Wong Y, Lang C. Attitudes of medical students towards euthanasia in a multicultural setting. *Medical Journal of Malaysia*. 2005;60(1):46.
25. Schioldborg P. Students' attitudes toward active euthanasia, assisted suicide and proposed amendments to the penal code. *Tidsskrift for den Norske Laegeforening: Tidsskrift for Praktisk Medicin, ny Raekke*. 2000;120(19):2283-8.
26. Gielen J, Gupta H, Rajvanshi A, Bhatnagar S, Mishra S, Chaturvedi AK, et al. The attitudes of Indian palliative-care nurses and physicians to pain control and palliative sedation. *Indian journal of palliative care*. 2011;17(1):33.
27. 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;26-۴۷۹:(۶)
.۹۰ Epub 2002/07/26. doi: 10.1080/074811802760139003. PubMed PMID: 12136881.
28. 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. Epub 2005/02/25. doi: 10.1080/07481180590519769 PubMed PMID: 15726742.
29. Tavoosiyan A, Sedaghat M, Aramesh K. Euthanasia: assessment of medical students' perspective. *Medical Ethics and History of Medicine*. 2009;3(1):43-52.
30. Fekete S, Osvath P, Jegesy A. Attitudes of Hungarian students and nurses to physician assisted suicide. *J Med Ethics*. 2002;28(2):126. Epub 2002/04/06. doi: 10.1136/jme.28.2.126. PubMed PMID: 11934945; PubMed Central PMCID: PMCPMC1733547.
31. Silvonieminen M, Vasankari T, Vahlberg T, Clemens K, Salminen E. Physicians' attitudes towards euthanasia in Finland: would training in palliative care make a difference? *Palliat Med*. 2010;24(7):744-6. Epub 2010/10/06. doi: 10.1177/0269216310376556. PubMed PMID: 20921095.
32. Rurup ML, Muller MT, Onwuteaka-Philipsen BD, van der Heide A, van der Wal G, van der Maas PJ. Requests for euthanasia or physician-assisted suicide from older persons who do not have a severe disease: an interview study. *Psychol Med*. 2005;35(5):665-71. Epub 2005/05/28. doi: 10.1017/s0033291704003۹۹x. PubMed PMID: 15918343.
33. McCormack R, Clifford M, Conroy M. Attitudes of UK doctors towards euthanasia and physician-assisted suicide: a systematic literature review. *Palliat Med*. 2012;26(1):23-33. Epub 2011/12/23. doi: 10.1177/0269216310397688. PubMed PMID: 22190615.
34. 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. Epub 2008/04/01. doi: 10.1016/j.arcmed.2008.01.004. PubMed PMID: 18375258.
35. Leppert W, Gottwald L, Majkowicz M, Kazmierczak-Lukaszewicz S, Forycka M, Cialkowska-Rysz A, et al. A comparison of attitudes toward euthanasia among medical

- students at two Polish universities. *J Cancer Educ.* 2013;28(2):384-91. Epub 2012/10/12. doi: 10.1007/s13187-012-0414-4. PubMed PMID: 23055130; PubMed Central PMCID: PMC3664753.
36. Wenger NS, Carmel S. Physicians' religiosity and end-of-life care attitudes and behaviors. *Mt Sinai J Med.* 2004;71(5):335-43. Epub 2004/11/16. PubMed PMID: 15543435.

The effect of Depression in Medical Students and Residents on Their View Point about Euthanasia

Leila Razeghian Jahromi¹, Safoura Sadeghi Mazidi², Ali Farhangdoost³

1. Assistant Professor of Psychiatry, Department of Psychiatry, School of Medicine, Research Center for Psychiatry and Behavior Sciences, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.

2. Mental Health Specialist, Substance abuse and mental health research center, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.

3. Medicales Student, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.

Received: 30 August 2022

Accepted: 20 January 2023

Published: 21 February 2023

***Corresponding Author**

Leila Razaghian Jahromi

Address: Hafez Hospital, Chamran Blvd, Shiraz, Iran.

Postal Code : 71946 34786

Tel: 98 071 36479319

Email: leilarazeghian1366@gmail.com

Citation to this article:

Ghaffari M, Kkhani L, Mahmmodi A. The effect of depression in medical students and residents on their view point about euthanasia. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2022; 15: 289-299.

Abstract

An increase in the incidence of chronic and incurable diseases and the lack of facilities to care for patients raises the issue of prioritization in the allocation of facilities and the selection of patients to use the facilities and the choice between life and death. Discussion of termination of life and cessation of treatment is one of the challenges in the field of medicine and ethics. The demand for euthanasia has increased in recent years, and future physicians will face this issue. This cross-sectional study was performed on 200 interns and medical residents in 1400. All participants completed the Demographic Information Questionnaire, Beck Depression Questionnaire, and Attitude to Euthanasia Questionnaire. In the present study, 67.5% of participants agreed with euthanasia. The mean score of attitudes to euthanasia was higher in men than women ($P = 0.023$) and higher in single people ($P = 0.045$). As religious beliefs increased in individuals, the mean score of attitudes toward euthanasia decreased and opposition to it increased ($P > 0.001$). Positive attitudes toward euthanasia were associated with depression and its severity ($P > 0.001$). Depression and its severity are significantly associated with more physicians' desire for euthanasia. On the other hand, the stronger the religious beliefs, the greater the anti-euthanasia. Support for euthanasia in men and single people was also higher than in other groups.

Keywords: Euthanasia, Depression, Medical students, Medical residents.

