



مقاله پژوهشی

بررسی دیدگاه خانواده بیماران بستری در بیمارستان نسبت به اتانازی

ناراله شجاعی^۱، محمد عبدی^۲، یداله زارعزاده^۳، محمد آقاعلی^۴، فریبا دهقانی^{۵*}

۱. استادیار، واحد توسعه تحقیقات بیمارستانی، بیمارستان نکویی - هدایتی - فرقانی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.
۲. کارشناسی ارشد، مربی، گروه مراقبت‌های ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران.
۳. دانشیار آموزش پزشکی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.
۴. گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۵. پژوهشگر مرکز تحقیقات سلامت معنوی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران. (نویسنده مسؤول)

چکیده

زمینه و هدف: اتانازی یا پایان‌بخشیدن برنامه‌ریزی‌شده به زندگی بیمار با برخی روش‌های پزشکی، یکی از چالش‌های اخلاق پزشکی است. هدف این مطالعه بررسی دیدگاه خانواده بیماران، نسبت به اتانازی است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی مقطعی در سال ۱۳۹۴ و بر روی ۱۰۰ نفر از خانواده بیماران بستری صورت گرفته است. نمونه‌گیری به صورت تصادفی از بین همراهان بیماران بستری در بخش‌های ویژه و عمومی بیمارستان شهید بهشتی قم صورت گرفت. ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل پرسشنامه نگرش نسبت به اتانازی بود. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری کای اسکوتر، تی مستقل و ضریب همبستگی پیرسون و به وسیله نرم‌افزار SPSS 19 تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: اغلب شرکت‌کننده‌ها نگرش خنثی (بی‌طرفانه‌ای) نسبت به اتانازی داشتند. بین نمره کل نگرش به اتانازی و خرده‌مقیاس‌هایش شامل ملاحظات اخلاقی، ملاحظات عملی، ارج نهادن به زندگی و باورهای طبیعت‌گرایانه همبستگی معنی‌دار برقرار بود ($P < 0.05$). بین نمره نگرش به اتانازی و میزان ماندگاری بیمار رابطه معنی‌داری مشاهده نشد ($P > 0.05$).

ملاحظات اخلاقی: رضایت‌نامه کتبی آگاهانه از همه شرکت‌کنندگان اخذ شد. علاوه بر این، به همه آن‌ها در مورد ناشناس‌بودن پرسشنامه‌ها و محرمانه‌بودن اطلاعات اطمینان خاطر داده شد.

نتیجه‌گیری: اکثر خانواده بیماران نگرش خنثی (بی‌طرفانه‌ای) نسبت به اتانازی داشتند. این امر می‌تواند ناشی از موقعیت نامشخص جامعه در این زمینه باشد. به نظر می‌رسد که وجود بحث‌های اخلاقی، مذهبی و حقوقی بیشتر در مورد اتانازی به منظور ایجاد توانایی مردم در تصمیم‌گیری در این زمینه ضروری است.

اطلاعات مقاله

تاریخ دریافت: ۹۷/۰۲/۱۱

تاریخ پذیرش: ۹۷/۰۳/۱۹

تاریخ انتشار: ۹۷/۰۹/۱۰

واژگان کلیدی:

اتانازی

اخلاق پزشکی

بیمار

پرستار

خانواده

*نویسنده مسؤول: فریبا دهقانی
آدرس پستی: ایران، قم، دانشگاه علوم پزشکی
قم، مرکز تحقیقات سلامت معنوی.
تلفن: +98 916 361 6786
نمابر:

E-mail:
faribadehghan@gmail.com

۱. مقدمه

با پیشرفت‌های حاصل‌شده در امر درمان در کشورمان، ما نیز همگام با دیگر کشورها با مشکل تعدد افراد با بیماری‌های مزمن و در مراحل انتهایی مواجه هستیم که این بیماری‌ها همراه با افزایش سن باعث ایجاد درد و ناراحتی بسیاری برای بیماران و خانواده آنان می‌شوند. مسأله اتانازی یا پایان‌بخشیدن برنامه‌ریزی‌شده به زندگی بیمار با برخی روش‌های پزشکی، از جمله مواردی است که اخلاق پزشکی در دنیای مدرن با آن رو به رو شده و به عنوان یکی از چالش‌برانگیزترین موضوعات اخلاق پزشکی، در جوامع یاد شده است (۱). واژه اتانازی (Euthanasia) از ترکیب دو واژه یونانی Eu به معنی خوب و Thanatos به معنی مرگ، نشأت گرفته است (۲). انجمن جهانی پزشکی (WMA: World Medical Association) اتانازی را این‌گونه تعریف می‌کند: اجرای آگاهانه و عمدی عملی است که به طور آشکار قصد خاتمه‌دادن به زندگی فرد دیگری را دارد (۳). اتانازی یکی از مسائل دنیای جدید است که موضع‌گیری‌های متفاوتی نیز در مقابل خود ایجاد کرده است. انجمن اتانازی در سال ۱۹۳۵ در انگلستان پایه‌گذاری شد، در سال ۱۹۴۰ شش مرکز اتانازی تأسیس شد که از اتاق‌های گاز برای کشتن بیماران استفاده می‌کردند و از سال ۱۹۷۰ به بعد، بحث وسیع آکادمیک برای آن انجام گرفت (۵). اتانازی را بر اساس دو معیار فعال یا غیر فعال بودن و داوطلبانه یا غیر داوطلبانه می‌توان به چند دسته تقسیم کرد (۴): ۱- اتانازی فعال داوطلبانه: بر اساس رضایت فرد و از طریق تزریق دارو توسط پزشک انجام می‌گیرد؛ ۲- اتانازی فعال غیر داوطلبانه: درخواست پایان‌دادن به زندگی فرد فاقد ظرفیت تصمیم‌گیری از طرف افراد جایگزین به تیم درمانی است. معمولاً این تصمیم توسط تیم پزشکی، کمیته اخلاق پزشکی، خانواده بیمار یا قاضی گرفته می‌شود؛ ۳- اتانازی غیر فعال داوطلبانه: قطع درمان بر اساس درخواست فرد و با رضایت کامل اوست؛ ۴- اتانازی غیر فعال غیر داوطلبانه: قطع درمان بر اساس صلاح دید تیم پزشکی و یا بنا بر درخواست خانواده بیمار می‌باشد

(۱، ۵). اتانازی به لحاظ حقوقی از سه جهت قابل بررسی است: حقوق فردی، حقوق عمومی و حقوق بشر که در مورد حقوق فردی هم همانطور که در فقه آمده انسان، اگرچه آزادی اراده و حق انتخاب دارد، ولی حق مرگ از حقوق او به شمار نمی‌آید. به لحاظ حقوق عمومی هم به دلیل این‌که عضوی از جامعه بوده و نسبت به دولت و کشورش مسؤول است و به نوعی سرمایه دولت محسوب می‌شود، حق کشتن خویش را ندارد و نه تنها دولت‌ها از سلب حیات اشخاص یا سلب امکانات پزشکی از آنان منع شده‌اند، بلکه موظف هستند، زمینه هر گونه نقض حقوق آنان را از بین برده و حتی با پیش‌بینی قبلی نسبت به رفع خطرات جانی از آن‌ها اقدام نمایند (۶). دیدگاه‌های فلسفی و اخلاقی ادیان مختلف در خصوص انجام اتانازی متفاوت است. از دیدگاه مکاتب انسان‌محور و غیر الهی، بیمار برای رهایی از درد می‌تواند آگاهانه مرگ خود را انتخاب نماید و بهره‌مندی او از حق مرگ با عزت و بی‌درد همانند حق زندگی با عزت است. این باور در بسیاری از موارد، اجرای اتانازی یا قتل ترحم‌آمیز را توجیه نموده و آن را قانونی کرده است (۷). در اسلام زندگی انسان به قدری ارزش دارد که قرآن کریم نجات جان یک انسان را با نجات جان تمامی انسان‌ها برابر می‌داند. از سوی دیگر، در این مکتب الهی زندگی افراد متعلق به آن‌ها نبوده و جان انسان به عنوان امانتی الهی قلمداد می‌شود که حفظ آن از واجبات غیر قابل انکار است (۷).

در هر حال این مسائل که آیا پزشکان و سایر افراد کادر درمانی یا خانواده می‌توانند در شرایط خاص در ایجاد مرگ بیماران سهیم گردند یا باید به طور کلی از این مسأله دوری گیرند هنوز حل نشده است (۸). بیماران یکی از آسیب‌پذیرترین گروه‌های اجتماعی هستند که به دلیل شرایط خاص بیماری، توانایی‌های معمول خود را از دست داده و خود را با اعتماد کامل به سیستم ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی می‌سپارند. به همین دلیل وجود ابزارهایی برای تضمین رعایت حقوق آنان در این سیستم، ضروری به نظر می‌رسد (۹). هم‌اکنون در

۲. ملاحظات اخلاقی

این پژوهش دارای تأییدیه از کمیته اخلاق معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی قم به شماره IR.MUQ.REC.1395.1 می‌باشد. ابتدا به واحدهای پژوهش در رابطه با اهداف پژوهش و نحوه پاسخگویی به پرسشنامه اطلاعات کامل داده شد. شرکت در مطالعه اختیاری و کناره‌گیری از مطالعه آزاد بوده است. در مورد محرمانگی اطلاعات به شرکت‌کننده‌ها اطمینان خاطر داده شد.

۳. مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی - مقطعی (Cross-Sectional) است که با هدف بررسی نگرش خانواده بیماران بستری نسبت به اتانازی در مرکز شهید بهشتی قم در سال ۱۳۹۴ صورت گرفت. روش نمونه‌گیری به شیوه تصادفی از جامعه آماری به تعداد ۱۰۰ نفر از خانواده بیماران بستری در بخش‌های دیالیز، شیمی‌درمانی، ICU و CCU و بخش‌های عمومی بود. افرادی وارد مطالعه شدند که از اقوام درجه یک و دو بیمار بوده و حداقل ۶ ساعت از زمان بستری بیمار آن‌ها در بخش‌های بالینی سپری شده باشد و تمایل به شرکت در مطالعه و تکمیل پرسشنامه داشته باشند. حجم نمونه بر اساس مطالعه محمود و کیلی با در نظر گرفتن α برابر ۱۵/۴۸ و خطای قابل قبول ۳، برابر ۱۰۰ نفر در نظر گرفته شد. پرسشنامه‌ها توسط پرسشگر آموزش‌دیده، تکمیل گردید و به نمونه‌های مورد پژوهش این اطمینان داده شد که اطلاعات به صورت محرمانه باقی خواهد ماند. نمونه‌ها در هر زمان از تکمیل پرسشنامه که تمایل به ادامه نداشتند، می‌توانستند از مطالعه خارج شوند.

ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه استاندارد شده آقابایی و همکاران (۱۲) با آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۸ و تأیید همبستگی درونی ۰/۵۶ می‌باشد. در مطالعه ایشان نسخه فارسی مقیاس، روند استاندارد ترجمه و باز ترجمه را طی کرد تا از صحت ترجمه، اطمینان حاصل شود. این پرسشنامه دارای سه بخش می‌باشد: بخش اول: اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان که شامل سن، جنس، مدت بستری در

برخی کشورهای جهان و سه ایالت از ایالات متحده آمریکا اتانازی به شکل قانونی انجام می‌شود. انجام اتانازی فعال در کشورهای سوئد، نروژ، دانمارک، هلند، بلژیک و لوکزامبورگ به صورت قانونی انجام می‌شود (۸، ۱۰). مطالعات نشان می‌دهد که در کانادا بیش از ۷۵٪ مردم در مواردی که احتمال بهبودی‌شان نمی‌رود از اتانازی داوطلبانه حمایت می‌کنند. تقریباً همین میزان نیز با اتانازی در بیماری‌های قابل برگشت و نیز با اتانازی در مورد افراد مسن و ناتوانی که احساس می‌کنند، سربار دیگران هستند، مخالف می‌باشند (۶). در بررسی که در خصوص «نگرش پزشکان بریتانیا نسبت به قانونی‌بودن اتانازی» در سال ۲۰۱۵ انجام گرفته است ۹۶٪ پزشکان اتانازی را غیر قابل قبول در نظر گرفته بودند (۸). مطالعات نشان می‌دهد که ۷۰٪ از اتانازی‌های انجام‌شده مربوط به بیماران سرطانی بوده است که علت اغلب آن ناشی از یاس و ناامیدی و تنهایی بوده است (۱۱).

از دیدگاه دیگر، کمبود امکانات رسیدگی به بیماران در کشورمان الزاماً موجب مطرح‌شدن 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. با این‌که مبحث اتانازی یکی از مهم‌ترین بحث‌های چالش‌برانگیز در حوزه مراقبت‌های پایان عمر بیماران است، ولی تاکنون پژوهش‌های محدودی در ایران صورت گرفته است و اغلب آن بر روی نگرش پزشکان، پرستاران و دانشجویان انجام شده است و به نقش خانواده بیمار در این موضوع به خصوص اتانازی غیر داوطلبانه که بسیار مهم و کلیدی است به طور کافی پرداخته نشده است، لذا پژوهش حاضر به همین منظور و با هدف بررسی نگرش خانواده بیماران نسبت به اتانازی صورت گرفت تا بتواند راه‌کارهای مناسبی برای چالش‌های پیش رو، ارائه نماید.

اتانازی با ۷۱٪ (۷۱ نفر) بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داد و بعد از آن نگرش مثبت به اتانازی با ۱۵٪ (۱۵ نفر) و نگرش منفی به اتانازی با ۱۴٪ (۱۴ نفر) در رتبه‌های بعدی قرار گرفتند. در پاسخ به سؤال پذیرش اتانازی فعال ۵۶ نفر (۵۶٪) کاملاً مخالف و ۶ نفر (۶٪) کاملاً موافق بودند و در پاسخ به سؤال پذیرش اتانازی غیر فعال ۵۸ نفر (۵۸٪) کاملاً مخالف و ۲ نفر (۲٪) کاملاً موافق بودند.

آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه نشان داد که بین نمره نگرش به اتانازی و شغل رابطه معنی‌داری وجود دارد، به طوری که افراد بیکار نگرش مثبت‌تری دارند ($P=0/818$)، اما نتایج همین آزمون نشان داد که بین نمره نگرش به اتانازی و تحصیلات رابطه معنی‌داری مشاهده نشد ($P=0/760$) و همچنین بین سن و نمره نگرش به اتانازی رابطه معنی‌داری را نشان نداد ($P=0/60$) (جدول ۱).

جدول ۱: ارتباط مشخصات دموگرافیک با نگرش به اتانازی

متغیر	فراوانی (درصد)	میانگین $\pm$ انحراف معیار	مقدار p
سن	زیر ۳۰ سال	۵۲ (۵۲)	۰/۰۶
	۳۰-۳۹ سال	۲۷ (۲۷)	
	۴۰ ساله و بالاتر	۱۹ (۱۹)	
شغل	کارمند	۴۲ (۴۲)	۰/۸۱۸
	آزاد	۲۷ (۲۷)	
	محصل	۹ (۹)	
	بیکار	۱۸ (۱۸)	
جنس	مرد	۶۳ (۶۳)	۰/۰۰۳
	زن	۳۶ (۳۶)	
میزان تحصیلات	زیر دیپلم	۱۲ (۱۲)	۰/۷۶۰
	دیپلم	۲۵ (۲۵)	
	دانشگاهی	۶۰ (۶۰)	

نتایج آزمون T مستقل نشان داد که میانگین نمره نگرش نسبت به اتانازی بر حسب جنس دارای اختلاف معنی‌داری

بیمارستان، سابقه بستری و سطح تحصیلات است؛ بخش دوم: شامل گویه‌های مربوط به پذیرش اتانازی است که شرکت‌کنندگان پس از مطالعه تعریف اتانازی فعال و غیر فعال، موافقت یا مخالفت خود را با آن دو تعریف و در یک مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت، از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق مشخص می‌نمایند و نمره‌گذاری از کاملاً مخالف (نمره یک) تا کاملاً موافق (نمره ۷) را شامل می‌شود؛ بخش سوم: مقیاس نگرش نسبت به اتانازی و سنجش ارزش‌های اجتماعی و قضاوت اخلاقی درباره اتانازی است که دارای ۲۰ گویه است و شامل زیرمقیاس‌های ملاحظات اخلاقی (سؤالات شماره ۱ تا ۱۱)، ملاحظات عملی (سؤالات شماره ۱۲ تا ۱۴)، ارج نهادن به زندگی (سؤالات شماره ۱۵ تا ۱۸) و باورهای طبیعت‌گرایانه یا Naturalistic Beliefs (سؤالات شماره ۱۹ تا ۲۰) می‌باشد که به صورت لیکرت ۵ گزینه‌ای از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق (با نمره‌گذاری کاملاً مخالف، نمره ۱ تا کاملاً موافق، نمره ۵) دسته‌بندی شده است و دامنه نمره مجموع سؤالات از ۲۰ تا ۱۰۰ است که همان نمره مقیاس نگرش نسبت به اتانازی است. مقیاس نگرش به اتانازی در سه دسته منفی (۲۰ تا ۴۶/۶)، خنثی (۴۶/۷ تا ۷۳/۳۳)، مثبت (۷۳/۳۴ تا ۱۰۰) دسته‌بندی شد.

۴. یافته‌ها

در پژوهش حاضر سن افراد در محدوده ۱۵ تا ۸۵ سال و با میانگین و انحراف معیار 33 ± 14 سال بود. شرکت‌کنندگان شامل (۶۳ مرد و ۳۶ زن) بودند. میانگین مدت زمان بستری بیماران در بیمارستان 10 ± 5 روز بود.

در خصوص مقیاس کلی نگرش به اتانازی، میانگین نمره نگرش نسبت به اتانازی $59 \pm 12/5$ و با توجه به حداقل و حداکثر نمره قابل اکتساب (۱۰۰-۲۰) بالاترین نمره نگرش در این مطالعه ۸۰ و پایین‌ترین نمره ۲۰ به دست آمد. نمره بالاتر نشان‌دهنده نگرش مثبت به اتانازی و نمره پایین‌تر نشان‌دهنده نگرش منفی به اتانازی بود. نگرش خنثی به

۵. بحث

در این مطالعه نگرش غالب خانواده‌ها به اتانازی خنثی بود و به نوعی نگرش آن‌ها در یک حالت بینابین قرار دارد و نه منفی است و نه مثبت، اما در مجموع نسبت به مطالعات مشابه نگاه مثبت‌تری را نشان می‌دهد و به نوعی با نتایج مطالعه تقدسی و همکاران (۸) که ۷۸٪ بیماران با انجام اتانازی موافق بودند همسو است که البته این رقم در آن مطالعه در پاسخ به سؤال مستقیم به انجام اتانازی بر روی خود بیمار تا ۴۸٪ کاهش نشان داد. در مطالعه رستگاری و همکاران (۱۳) نیز ۷۳/۵ درصد از پرستاران این حق را برای خانواده بیمار قائل بودند که برای ادامه حیات وی تصمیم بگیرند، ولی ۵۷/۸ درصد از پرستاران نسبت به این‌که پزشکان مجازند برای اتانازی غیر فعال داوطلبانه بیمار اقدام کنند، مخالف بودند. در مطالعه گیلن (Gielen) و همکاران در سال ۲۰۰۹ نیز ۴۱٪ موافق و ۲۱/۹ درصد مخالف اتانازی فعال داوطلبانه بودند، اما نتایج اغلب مطالعات دیگر نشان‌دهنده درصد بالای عدم پذیرش اتانازی یا نگرش منفی به اتانازی است. در مطالعه وکیلی و همکاران (۱۴) که به بررسی نگرش پرستاران و پزشکان پرداخته است، ۶۰٪ افراد مورد پژوهش، نگرش منفی به اتانازی داشته‌اند. در مطالعه طاووسیان و همکاران (۸)، ۵۴٪ از اینترنت‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران نگرش منفی و مخالف با اتانازی داشتند و در مطالعه رستگاری و همکاران، ۶۷/۶ درصد پرستاران مخالف اتانازی فعال داوطلبانه بودند (۱۳).

از آنجایی که اتانازی در کشور ما هنوز آنطور که لازم است مورد بررسی همه‌جانبه قرار نگرفته است و هم‌چنان یکی از مباحث چالش‌برانگیز بوده و در میزان تأثیر رضایت و اذن بیمار به پزشک، اختلاف نظرانی بین بزرگان دین وجود دارد، این امر به درون اقشار و مردم نیز سرایت کرده و مخالفان و موافقان زیادی در سطح جامعه دارد، طوری که آن‌ها نیز در کشمکش موجود، حالتی بینابینی پیدا کرده‌اند و نظر مشخص و روشنی در این خصوص بروز نداده‌اند و ممکن است شرایط مختلف بیمار تأثیر مستقیمی در نگرش آن‌ها داشته باشند.

است، به طوری که زنان دارای نگرش مثبت‌تری هستند ($P=0/03$ ؛ جدول ۱).

آزمون همبستگی بین نمره نگرش و اتانازی فعال ($r=0/48$ ، $p<0/001$) و غیر فعال ($r=0/35$ ، $p<0/001$) ارتباط معنی‌دار مثبت نشان داد و بین اتانازی فعال و غیر فعال هم ارتباط معنی‌دار وجود داشت ($r=0/57$ ، $p<0/001$)، به این معنی که هر کس اتانازی فعال و غیر فعال را قبول دارد، نگرش مثبت به اتانازی داشته و با اتانازی موافق است.

بین مقیاس کل نگرش به اتانازی و خرده‌مقیاس‌هایش شامل ملاحظات اخلاقی، ملاحظات عملی، ارج‌نهادن به زندگی و باورهای طبیعت‌گرایانه نیز همبستگی معنی‌دار برقرار است که قوی‌ترین همبستگی را با ملاحظات اخلاقی دارد ($r=0/9$). بین نمره نگرش و میزان ماندگاری بیمار رابطه معنی‌داری مشاهده نشد ($r=-0/02$ ، $p=0/84$) (جدول ۲).

جدول ۲: ضریب همبستگی بین متغیرهای پژوهش شامل ملاحظات اخلاقی، ملاحظات عملی، ارج‌نهادن به زندگی و باورهای طبیعت‌گرایانه

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
ماندگاری بیمار	۱							
ملاحظات اخلاقی	۰/۰۹	۱						
ملاحظات عملی	-۰/۱۱۹	۰/۵۲۷**	۱					
ارج‌نهادن به زندگی	-۰/۰۰۲	۰/۱۶۶	۰/۲۸**	۱				
باورهای طبیعت‌گرایانه	-۰/۱۱	۰/۳۰۶**	۰/۴۴۵**	۰/۳۸۵**	۱			
نگرش به اتانازی	۰/۰۲۱	۰/۹۰۴**	۰/۷۲۷**	۰/۴۸۲**	۰/۵۶۸**	۱		
اتانازی فعال	۰/۱۴۲	۰/۵۸۹**	۰/۳۵۹**	-۰/۱۰۷	۰/۱۴۴	۰/۴۸۸**	۱	
اتانازی غیر فعال	۰/۰۰۲	۰/۴۶۶**	۰/۲۹**	-۰/۱۲۵	۰/۰۰۷	۰/۳۵۹**	۰/۵۷۲**	۱

** همبستگی معنی‌دار در سطح $>0/001$

* همبستگی معنی‌دار در سطح $>0/05$

این به این معنی است که به نظر می‌رسد اگر پرسش‌شونده مورد مشخص و معینی در نظر نداشته باشد ممکن است نتواند نظر دقیق و مشخصی هم در مورد اتانازی به طور کلی ابراز نماید. خانواده بیماران در این مطالعه نشان دادند که نگرش آن‌ها به اتانازی منفی نیست و این تفاوت در نگرش به اتانازی می‌تواند به علت تفاوت در جامعه هدف این مطالعه باشد. با توجه به این‌که وظیفه نگهداری و حمایت از بیماران بر عهده بستگان و خانواده آن‌هاست و این بار را باید به دوش کشیده و روزها و ماه‌ها از بیماران خود مراقبت کنند و سختی آن را تحمل کنند، در نتیجه تمایل بیشتری به اتانازی نشان داده‌اند. در کنار انواع هزینه‌های مادی و معنوی که خانواده بیماران متحمل می‌شوند آن‌ها شاهد رنج و تحمل زندگی کم‌ثمر و بی‌نتیجه عزیزان خود هستند که ممکن است تمایل آن‌ها به اتانازی به عنوان کمک به بیماران را افزایش دهد. همچنین عامل دیگری که ممکن است به افزایش تمایل همراهان بیماران به اتانازی را افزایش دهد، این نگرش است که در فرهنگ ایرانیان مرگ با عزت به زندگی در سختی و مرارت و شقاوت ترجیح داشته است و در مکالمات روزمره به ویژه نزد بیماران مسن و کهنسالان به کرات شنیده می‌شود. این امر نیز می‌تواند نوعی نگرش مثبت را نسبت به اتانازی تقویت کند، اگرچه باید در نظر داشت که نگرش غالب مذهبی مسلمانان با اتانازی هماهنگی ندارد و این ممکن است در تصمیم در خصوص اتانازی افراد را دچار تعارض و چالش درونی کند.

اما در دیگر مطالعات که بر روی جامعه درمانی و یا خود بیماران پژوهش صورت گرفته است، نگرش اغلب افراد به اتانازی منفی بوده است، زیرا جامعه درمانی به این امر به عنوان یک وظیفه حرفه‌ای نگریسته و وجود چنین بیمارانی در مراکز درمانی تفاوت‌چندانی در روند کاری آن‌ها نداشته و سختی زیادی متحمل نمی‌شوند. دلیل دیگر ممکن است این باشد که کادر درمانی آشنایی بیشتری با مباحث اخلاقی و چالش‌های اخلاقی و قانونی اتانازی داشته باشند. همچنین ممکن است این تفاوت، ناشی از بالا بودن سطح تحصیلات

نمونه‌ها و جوان بودن گروه سنی جامعه مورد مطالعه باشد و یا افزایش آگاهی در زمینه اتانازی در طی سال‌های اخیر و بحث‌های صورت‌گرفته پیرامون آن نیز ممکن است در ایجاد این نگرش نسبتاً مثبت به اتانازی مؤثر باشد.

یافته‌های این پژوهش نشان داد که زنان نگرش مثبت‌تری به اتانازی نسبت به مردان دارند. در مطالعه حسن‌زاده حداد و همکاران (۱۵) نیز رابطه معنی‌داری بین جنس و موافقت با اتانازی غیر فعال غیر داوطلبانه دیده شد، به طوری که زنان بستری در بیمارستان موافقت بیشتری با آن نشان دادند. در اغلب مطالعات مشابه مانند آقابابایی (۱۲)، طاووسی‌ان (۱۶) و رستگاری (۱۳) و تقدسی‌نژاد (۸)، رابطه معنی‌داری در این خصوص مشاهده نشد، به طوری که در مطالعه تقدسی‌نژاد (۸) ارتباط معنی‌داری بین جنس، تأهل، تحصیلات و سن این بیماران با نگرش در مورد انجام اتانازی دیده نشد. در بعضی مطالعات نیز مخالفت زنان با اتانازی بیشتر بود. در مطالعه وکیلی و همکاران، مردان بیشتر از زنان نسبت به اتانازی نگرش مثبت داشته‌اند. در برخی پژوهش‌های انجام شده در سایر نقاط جهان مانند گیونز (Givens) در آمریکا و سیل (Seal) در انگلیس، همچنین در مطالعات گیانی‌نی (Giannini) و همکاران (۱۷)، عباس و همکاران (۱۸)، پذیرش اتانازی در مردان به صورت معنی‌داری بیشتر بوده است که می‌توان نتایج به دست‌آمده در این مطالعه را در نقشی که معمولاً، زنان در نگهداری از بیماران بر عهده دارند، جستجو کرد، به نحوی که وظیفه مراقبت از این‌گونه بیماران اغلب بر عهده زنان خانواده قرار می‌گیرد و بار آن بر دوش این قشر وارد می‌گردد. همچنین نگاه عاطفی‌تر زنان نسبت به بیماران و نزدیکان آن‌ها که رنج می‌برند، ممکن است تمایل آن‌ها را به راحت‌شدن بیماران از رنج بیهوده، بیشتر کرده باشد.

افراد بیکار، نگرش مثبت‌تری به اتانازی در این مطالعه نشان دادند که می‌توان دلیل آن را به نداشتن درآمد در این افراد مرتبط دانست، زیرا نگهداری از بیماران مزمن و در مراحل آخر

در جامعه هدف ما، نسبت به سایر مطالعات وجود دارد تا حدودی باورهای فرهنگی و حتی مذهبی افراد را تحت تأثیر قرار داده و نگرش مثبت‌تر به اتانازی را در پی داشته است که این موضوع در مطالعه تقدسی نیز قابل مشاهده است (۸). در این مطالعه بین نمره نگرش به اتانازی و اتانازی فعال و غیر فعال، همبستگی معنی‌داری دیده شد. همچنین بین اتانازی فعال و غیر فعال نیز رابطه معنی‌دار دیده شد که با مطالعه آقابابایی و همکاران (۱۲) و وکیلی و همکاران (۱۴) نیز همخوانی دارد و نشان می‌دهد که افرادی که اتانازی فعال و غیر فعال را قبول داشته‌اند، نگرش مثبتی نیز به اتانازی داشته‌اند و این نگرش مثبت است که باعث می‌شود فرد مطابق با آن تصمیم بگیرد. همبستگی موجود بین مقیاس نگرش به اتانازی و زیرمقیاس‌های آن ملاحظات اخلاقی، ملاحظات عملی، ارج نهادن به زندگی و باورهای طبیعت‌گرایانه نیز نشان می‌دهد که مقیاس مورد استفاده از روایی درونی مطلوبی برخوردار است.

۶. نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، نگرش اغلب خانواده بیماران به اتانازی خنثی است، یعنی نه کاملاً موافق و نه کاملاً مخالف اتانازی هستند. این امر می‌تواند ناشی از اختلاف نظر موجود در جامعه در این خصوص باشد، لذا پیشنهاد می‌شود بحث علمی، اخلاقی و مذهبی بیشتری روی این موضوع، صورت پذیرد که موضع روشنی در این خصوص گرفته شده و در صورت نیاز در قوانین مربوطه بازنگری صورت گیرد، اما از آنجایی که در شرایط واقعی ممکن است این نگرش مثبت، کاهش یابد و یا در مراحل مختلف بیماری نظر خانواده بیمار در زمینه انجام اتانازی دستخوش تغییر گردد، پیشنهاد می‌شود انجام مطالعه با جزییات بیشتر و نگاه دقیق‌تر به شرایط بیمار صورت گیرد تا بتوان نتایج عینی‌تری را منعکس کرده و داده‌های قابل استناد بیشتری را فراهم نماید.

زندگی هزینه‌های زیادی داشته و بسیاری از افراد از عهده مخارج آن برنمی‌آیند. افراد بیکار ممکن است به علت عدم اشتغال و درآمدزایی و احساس کم‌تر مفیدبودن خود در کل نظر مثبت کم‌تری نسبت به کل زندگی داشته باشند و این موجب نزدیک‌تر شدن به این نگرش باشد که زندگی در رنج و بدون امید به بهبودی ارزش کم‌تری دارد و اتانازی را در نظر آنان مثبت‌تر جلوه داده باشد.

در مطالعه حاضر، بین نگرش به اتانازی و سن رابطه معنی‌داری مشاهده نشد، اما در نمونه‌های جوان‌تر نگرش مثبت‌تری به اتانازی دیده شد. در برخی مطالعات قبلی (۸) نیز رابطه‌ای بین سن و نگرش به اتانازی دیده نشد، اما در مطالعه مقدس و همکاران (۱۹) بر روی پرستاران با افزایش سن نگرش به اتانازی منفی شد. در مطالعات دیگر نیز نشان داده شده است که پرستاران جوان‌تر در مقایسه با همکاران مسن‌تر خود، نگرش مثبت‌تری نسبت به اتانازی دارند (۱۴). اینقلبریچت (Inghelbrecht) و همکاران نیز در بلژیک، در سال ۲۰۰۹ در مطالعه خود دریافتند که پرستاران مسن‌تر تمایلی به پذیرش تقاضاهای اتانازی بیماران رو به مرگ ندارند (۲۰). شاید بتوان دلیل این‌که که افراد جوان‌تر نگرش مثبت‌تری به اتانازی دارند را به تفاوت فرهنگی نسل‌های مختلف مرتبط دانست که در دیدگاه آن‌ها نسبت به اتانازی اثرگذار بوده است.

بین نگرش و تحصیلات، رابطه معنی‌داری مشاهده نشد. در مطالعات دیگر از جمله مطالعه حسن‌زاده و همکاران که به بررسی نگرش بیماران در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران در زمینه اتانازی پرداخته بودند نیز رابطه معنی‌داری بین سواد و درخواست اتانازی یافت نشد. در مطالعه تقدسی نیز رابطه معنی‌داری بین نگرش بیماران و پزشکان نسبت به اتانازی و تحصیلات آن‌ها یافت نشد (۸)، اما در مطالعه وان ویجمن (Van Wijmen) افزایش سطح تحصیلات افراد با افزایش تمایل به اتانازی همراهی داشت (۲۱)، گرچه تفاوت معنی‌داری بین موافقت با اتانازی و سطح تحصیلات در مطالعه ما دیده نشد، اما به نظر می‌رسد سطح تحصیلات نسبتاً بالا که

۷. تقدیر و تشکر

بدین وسیله از حمایت مالی معاونت پژوهش دانشگاه علوم پزشکی قم و تمام شرکت کنندگان و کسانی که ما را در انجام این مطالعه یاری نمودند، کمال تشکر و قدردانی می نماییم.

۸. سهم نویسندگان

همه نویسندگان معیارهای استاندارد نویسندگی بر اساس پیشنهادات کمیته بین المللی ناشران مجلات پزشکی دارا بودند.

۹. تضاد منافع

نویسندگان تصریح می کنند که هیچ گونه تضاد منافی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

References

1. Parsapour A, Hemmati Moghaddam A, Parsapour M, Larijani B. Euthanasia: ethical explanation and analysis. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine* 2008; 1(4): 1-12.
2. Bamgbose O. Euthanasia: another face of murder. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 2004; 48(1): 111-121.
3. Williams JR. Medical ethics manual. World Medical Association; 2005.
4. Hashemi Z, Mortazavi M. Euthanasia from Islam and modern medical ethics perspectives. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine* 2008; 1(3): 35-44.
5. Oh DY, Kim JE, Lee CH, Lim JS, Jung KH, Seog Heo D, et al. Discrepancies among patients, family members, and physicians in Korea in terms of values regarding the withholding of treatment from patients with terminal malignancies. *Cancer* 2004; 100(9): 1961-1966.
6. Maghami A. Euthanasia and "right to-self" a challenge in the nature of human rights. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine* 2008; 1(1): 12.
7. Hashemi Z, Mortazavi MJ. Euthanasia from Islam and modern medical ethics perspectives. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine* 2008; 1(3): 35-44.
8. Taghaddosinejad F, Okazi A, Mahboobeh MI, Yousefi NV. Comparison of Attitude of Physicians and Patients About Euthanasia in Tehran's University of Medical Sciences Hospitals in 2012-2013. *Iranian Journal of Forensic Medicine* 2014; 20(1): 377-384.
9. Hatami H, Hatami M, Rezazadeh Azari M. Glance on the principles of medical ethics and ethics in research in the tradition of the ancestors. *Teb VA Tazkieh* 2008; 17(2): 89-95.
10. Aramesh K, Shadi H. Euthanasia: an Islamic ethical perspective. *Iran J Allergy Asthma Immunol* 2007; 6(5): 35-38.
11. Sullivan AD, Hedberg K, Fleming DW. Legalized physician-assisted suicide in Oregon - the second year. *New England Journal of Medicine* 2000; 342(8): 598-604.
12. Aghababaei N. Assessing attitudes toward euthanasia. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine* 2011; 5(1): 59-70.
13. Rastegari Najafabadi H, Sedaghat M, Saeidi Tehrani S, Aramesh K. Attitude of Tehran University of Medical Sciences hospital nurses toward euthanasia. *Journal of Medical Ethics and History* 2010; 3(5): 37-44.
14. Vakili M, Delavar S, Fotuhi E. Survey of The Attitudes of nurses and physicians in the Intensive Care Units about Euthanasia in the University Hospitals of Yazd-2012. *Community Health Journal* 2014; 7(4): 1-9.
15. Hassanzade Haddad A, Rastegari H, Sedaghat M, Saeedi Tehrani S, Aramesh K. Evaluating patients view about euthanasia in TUMS hospitals. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine* 2010; 4: 33-41.
16. 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.
17. Giannini A, Pessina A, Tacchi EM. End-of-life decisions in intensive care units: attitudes of physicians in an Italian urban setting. *Intensive Care Medicine* 2003; 29(11): 1902-1910.
18. Abbas SQ, Abbas Z, Macaden S. Attitudes towards euthanasia and physician-assisted suicide among Pakistani and Indian doctors: A survey. *Indian Journal of Palliative Care* 2008; 14(2): 71.
19. Moghadas T, Momeni M, Baghaee M, Ahmadi S. Euthanasia and care for dying patients: Attitudes of ICU nurses. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine* 2012; 5(4): 75-83.
20. Inghelbrecht E, Bilsen J, Mortier F, Deliens L. Nurses attitudes towards end-of-life decisions in medical practice: a nationwide study in Flanders, Belgium. *Palliative Medicine* 2009(23): 649-658.
21. Van Wijmen MP, Rurup ML, Pasman HR, Kaspers PJ, Onwuteaka-Philipsen BD. Advance directives in the Netherlands: An empirical contribution to the exploration of a cross-cultural perspective on advance directives. *Bioethics* 2010; 24(3): 118-126.



MEJ

Medical Ethics Journal

2018; 12(43): e5

Journal Homepage: <http://journals.sbmu.ac.ir/en-me>



ORIGINAL RESEARCH

Assessing the Attitudes of Hospitalized Patient Family toward Euthanasia

Sarallah Shojaei¹ , Mohammad Abdi², Yadolah Zarezadeh³, Mohammad Aghaali⁴, Fariba Dehghani⁵ 

1. Assistant Professor, Hospital Research development committee, Nekoei – Hedayati - Forfhani Hospital, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

2. MSc, Instructor, Department of Intensive Care, Faculty of Nursing & Midwifery, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran.

3. Associate Professor of Medical Education, Social Determinants of Health Research Center, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.

4. Department of Epidemiology, School of Public Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

5. Researcher of Spiritual Health Research Center, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran. (Corresponding Author)

ARTICLE INFORMATION

Article history:

Received: 1 May 2018

Accepted: 9 June 2018

Published online: 01 December 2018

Keywords:

Euthanasia

Medical Ethic

Patient

Nursing

Entourage

Family Member

* **Corresponding Author:** Fariba Dehghani

Address: Researcher of Spiritual Health Research Center, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

Postal Box: 36

Tel: (+98) 916 361 6486

Email: faribadehghan@ymail.com

ABSTRACT

Background and Aim: Euthanasia or planned ending to the patient's life by some medical means is a challenging issue of medical ethics. The aim of this study was to evaluate the attitudes of patient entourage toward euthanasia.

Materials and Methods: This cross-sectional study was conducted on 100 patients' entourage during the year 2016. Sampling was done randomly among patients' entourage hospitalized in the critical and general units of Beheshti Hospital, Qom. Data were analyzed by Chi-square, independent t-test and Pearson correlation test through SPSS 19.

Findings: Most participants had an impartial attitude towards euthanasia. Between the total score of attitude towards euthanasia and its subscales including ethical considerations, practical considerations, honoring the life and naturalistic beliefs there was a significant correlation ($P < 0/05$). Between the total score of attitude towards euthanasia and patient's survival there was not a significant correlation ($P > 0/05$).

Ethical Considerations: Written informed consent was obtained from all participants. Additionally, all of them were assured of anonymity of the questionnaires and confidentiality of the information

Conclusion: Most patients' entourage had an impartial attitude towards euthanasia. This might have been caused by an uncertain position of community in this regard. More in depth ethical, religious and legal debates on euthanasia seem to be required to make people more capable of decision making in this regard.

© Copyright (2018) Medical Ethics and Law Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Cite this article as:

Shojaei S, Abdi M, Zarezadeh Y, Aghaali M, Dehghani F. **Assessing the Attitudes of Hospitalized Patient Family toward Euthanasia.** *Med Ethics J.* 2018; 12(43):e5.