

## بررسی نگرش پرستاران بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران در ارتباط با اتانازی

حجت رستگاری نجف آبادی<sup>۱</sup>، مجتبی صدقت<sup>۲</sup>، سعیده سعیدی طهرانی<sup>۳</sup>، کیارش آرامش<sup>۴\*</sup>

### مقاله‌ی پژوهشی

#### چکیده

هدف از این مطالعه، بررسی نگرش پرستاران مسئول مراقبت از بیماران مرحله‌ی نهایی در بخش‌های ICU، داخلی، جراحی و دیالیز بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران در ارتباط با اتانازی، انواع آن و عوامل مؤثر بر آن بوده است. این مطالعه، از مردادماه ۸۷ تا اسفندماه ۸۸، در بیمارستان‌های امام خمینی، امیر اعلم، سینا و شریعتی انجام شد. ابزار مورد استفاده پرسشنامه‌ای بود که در آن ۴ بیمار فرضی مطرح شده و پس از آن سؤالاتی پیرامون آن‌ها به صورت سه گزینه‌ای طرح شده بود تا نگرش پرستاران نسبت به موضوع مورد مطالعه سنجیده شود. با ۱۴۰ نفر از پرستاران مشغول به خدمت در بخش‌های مراقبت از بیماران مرحله‌ی نهایی (دیالیز، نورولوژی، انکولوژی و ICU) مصاحبه شد و ۱۰۲ پرسشنامه‌ی قابل قبول به دست آمد (response rate = 72%) که نتایج به شرح ذیل است:

۶۴ درصد پرستاران مخالف اتانازی فعال داوطلبانه، ۵۰ درصد آن‌ها مخالف اتانازی فعال غیرداوطلبانه، و ۵۸ درصد آن‌ها مخالف اتانازی غیرفعال داوطلبانه و پرستاران مخالف اتانازی غیرفعال غیرداوطلبانه بر حسب شرایط از ۴۰ تا ۸۰ درصد متغیر بودند. در این بررسی تأثیر عوامل جنس، سن، بخش محل خدمت، سطح تحصیلات و مدت زمان خدمت نیز بر نگرش ایشان سنجیده شد. از میان متغیرهای فوق، تنها عامل مؤثر به نحو معنی دار بر نگرش پرستاران در مورد تمام انواع اتانازی مدت زمان خدمت بود؛ به طوری که با افزایش سابقه‌ی خدمت، مخالفت با اتانازی کم‌تر دیده می‌شد. می‌توان تبیین نظرات پرستاران را به عنوان بخش اصلی تیم مراقبت از بیماران گامی در جهت روشن ساختن نیازهای آموزشی و تدوین قوانین و مقررات مرتبط در این رابطه دانست.

**واژگان کلیدی:** اتانازی، نگرش پرستاران، بیماران مرحله‌ی نهایی

<sup>۱</sup> دانشجوی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

<sup>۲</sup> استادیار گروه پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی تهران

<sup>۳</sup> پژوهشگر مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

<sup>۴</sup> استادیار، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

\*نشانی: تهران، بلوار کشاورز، خیابان ۱۶ آذر، نرسیده به خیابان پورسینا، پلاک ۲۳، طبقه‌ی چهارم، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی،

دانشگاه علوم پزشکی تهران، تلفن: ۶۶۴۱۹۶۶۱، Email: kiarasharamesh@sina.tums.ac.ir

## مقدمه

در دهه‌های اخیر بیماران بسیاری بر اثر بیماری‌های قلبی و عروقی، حوادث و بدخیمی‌ها جان خود را از دست می‌دهند. اگرچه درمان‌های جدید به‌طور نسبی سبب افزایش طول عمر این بیماران می‌شوند، ولی ماهیت این امراض به گونه‌ای است که ناتوانی‌های زیادی برای بیماران به همراه دارد و به‌طور واضح باعث کاهش کیفیت زندگی آن‌ها می‌شود. فن‌آوری‌های جدید مراقبت از حیات، باعث شده‌اند که بیماران بسیار ناتوان و حتی دچار مرگ مغزی، در بخش‌های مراقبت ویژه به زندگی - حداقل نباتی - خود ادامه دهند. بسیاری از این بیماران، درد و رنج زیادی را بدون امید به بهبود تحمل می‌کنند و چه بسا زندگی نباتی آن‌ها هزینه‌های بسیار سنگینی را به خود، خانواده، یا نظام سلامت تحمیل نماید. از همین رو، در دهه‌های اخیر، بحث قتل از روی ترحم یا اتانازی با ابعاد تازه‌ای مطرح گردیده است. به‌ویژه آن‌که با تقویت اصل اتونومی یا خودآیینی در اخلاق پزشکی نوین، توجه به خواست بیماران در چنین مواردی، شایان تأمل به‌نظر می‌رسد. اصطلاح اتانازی (euthanasia) از واژه‌ی یونانی (eu) به معنای خوب و کام‌بخش و واژه‌ی (thanatus) به معنای مرگ مشتق شده است (۱).

برخی از اصطلاحاتی که در اتانازی مطرح شده‌اند عبارتند از: اتانازی فعال داوطلبانه و غیرداوطلبانه و اتانازی غیرفعال داوطلبانه و غیرداوطلبانه.

اتانازی فعال داوطلبانه به این معناست که هر فرد دارای ظرفیت تصمیم‌گیری درخواست پایان دادن به زندگی خود را با دخالت تیم درمانی داشته باشد. به‌عبارت دیگر، اتانازی فعال داوطلبانه دو شرط مهم دارد؛ اول این‌که تصمیم بیمار باشد، دوم بیماری یا درد و رنجی غیرقابل تحمل در میان باشد که امیدی به بهبودی آن نباشد.

منظور از اتانازی غیرفعال داوطلبانه این است که هر فرد دارای ظرفیت تصمیم‌گیری درخواست پایان دادن به زندگی

خود را با قطع درمان‌های حیاتی نگه دارنده داشته باشد. به عبارت دیگر، اتانازی غیرفعال داوطلبانه یعنی عدم پذیرش درمان از سوی بیماران برای تسریع مرگ).

اتانازی فعال غیرداوطلبانه عبارت از این است که درخواست پایان دادن به زندگی فرد فاقد ظرفیت تصمیم‌گیری از طرف افراد جایگزین به تیم درمانی ارائه شود. به عبارت دیگر، در اتانازی فعال غیرداوطلبانه، تزریق عامل‌دانه و مرگ‌بار برای بیماری انجام می‌شود که صلاحیت تصمیم‌گیری ندارد. معمولاً این تصمیم توسط تیم پزشکی، کمیته‌ی اخلاق پزشکی، خانواده‌ی بیمار یا قاضی گرفته می‌شود.

منظور از اتانازی غیرفعال غیرداوطلبانه این است که درخواست پایان دادن به زندگی فرد بدون ظرفیت تصمیم‌گیری از طرف افراد جایگزین به تیم درمانی به‌صورت قطع درمان‌های حیاتی نگه‌دارنده باشد (۱).

در بعضی نقاط دنیا برای تسهیل کار پزشکان، بیماران، و خانواده‌های آنان برای انجام اتانازی قوانینی به تصویب رسیده است. در بعضی از جوامع هم‌چون هلند، بلژیک و بعضی ایالات متحده آمریکا این عمل حتی به‌صورت فعال (active) نیز قانونی است؛ در صورتی که در برخی جوامع دیگر انجام این کار فقط به‌صورت غیرفعال (passive) قانونی است (۲-۶)

عوامل مؤثر بر اتانازی به‌طور معمول شامل ترس از درد و ناراحتی‌های آینده، کاهش کیفیت زندگی، ناامیدی شدید و ترس از وابستگی به دیگران است (۷). سن بیمار، درجه‌ی بیماری، وضعیت کلی سلامت قبل از بیماری، آرزوهای بیمار، میزان تهاجمی بودن درمان، هزینه‌ی درمان و میزان حمایت پزشک و خانواده از بیمار از دیگر عوامل مؤثر بر این مسأله هستند. ماهیت این عوامل نشان می‌دهد که چه بسا گذر زمان یا مداخلاتی هم‌چون مشاوره‌ی روان‌پزشکی باعث تغییرات اساسی در دیدگاه افراد نسبت به اتانازی شود. مطالعات نشان داده است که به‌طور کلی اهمیت کیفیت زندگی در مقایسه با

امیراعلم، امام خمینی، سینا و شریعتی بوده است. براساس محاسبه‌ی آماری، برای این‌که خطای نوع اول مطالعه در حد ۵ درصد باشد مطالعه نیازمند حداقل ۱۰۰ نمونه است. با توجه به مطالعه‌ی اولیه‌ی انجام شده که میزان همکاری پرستاران ۷۵ درصد تخمین زده شده بود، باید ۱۴۰ نفر از پرستاران به‌طور تصادفی از روی لیست موجود در دفتر پرستاری انتخاب می‌شدند تا ۱۰۲ فرم کامل به‌دست آید. از مجموع ۳۷۰ نفر پرستاری که در این مراکز فعال بودند، به نسبت فراوانی پرستاران شاغل در بخش‌های مربوطه افراد انتخاب شدند و سهم هر بخش متناسب با تعداد افراد پرستار مسؤول مراقبت از بیماران انتهایی تعیین شد. به‌طور مثال، بخش‌های ICU که پرستاران مسؤول بیش‌تری داشت سهم بیش‌تری به آن‌ها اختصاص داده شد. لذا از مجموع ۱۴۰ نفر از پرستاران که به‌طور تصادفی از روی لیست (به کمک جدول اعداد تصادفی) انتخاب شده و مصاحبه با ایشان انجام شد، در نهایت ۱۰۲ فرم کامل به‌دست آمد که آنالیزها بر مبنای اطلاعات این فرم‌ها صورت گرفت. مطالعه در فاصله‌ی زمانی مرداد ۸۷ تا اسفند ۸۸ در بیمارستان‌های امام خمینی، امیراعلم، سینا و شریعتی انجام شد. ابزار مورد استفاده نیز پرسشنامه‌ای بوده که در مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی تهیه شده بود و روایی آن توسط دو تن از همکاران مورد تأیید قرار گرفته بود (۱). پرسشنامه‌ی موجود حاوی چهار نمونه (case) بود که هر کدام شامل سه سؤال سه گزینه‌ای برای بررسی نگرش پرستاران بود، انتخاب پرستاران به‌صورت متناسب با اندازه (proportional to size) انجام شد.

متغیرهای مورد بررسی عبارت بودند از: سن، وضعیت تحصیلی، بخش محل خدمت، جنس، مدت خدمت در آن بخش و کل سابقه‌ی خدمت.

برای توصیف متغیرهای کیفی از فراوانی مطلق و نسبی و برای توصیف متغیرهای کمی از میانگین و انحراف معیار و برای تحلیل از آزمون‌های Chi-square و T-test استفاده

طول آن از دید پزشکان و پرستاران بیش‌تر از افراد عادی است (۸-۱۱).

در ایران هم‌چون کشورهای دیگر با توجه به پیشرفت‌های حاصل شده در امر درمان بیماران، با مشکل افزایش تعداد افراد دچار بیماری‌های مزمن مواجه هستیم. از یک‌سو، این بیماری‌ها همراه با افزایش سن بیماران و مشکلات ناشی از آن درد و ناراحتی‌های فراوانی برای افراد و خانواده‌های آنان ایجاد می‌کند. از سوی دیگر، کمبود امکانات رسیدگی به بیماران در کشورمان، موجب مطرح شدن بحث اولویت‌بندی در تخصیص امکانات و هم‌چنین انتخاب بیماران در استفاده از امکانات می‌شود. مسأله‌ی انتخاب بین مرگ و زندگی جهت کاهش درد و رنج بیماران و تخصیص امکانات به اولویت‌های دیگر چالشی اساسی است.

کیفیت زندگی یا طول زندگی بیماران مراحل انتهایی حیات مسأله‌ای است که پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت مرحله‌ی نهایی حیات بسیار با آن مواجه هستند. آن‌ها با بیماری‌های در ارتباطند که به‌دلیل دردها و ناراحتی‌های آینده و ناامیدی و ترس از وابستگی، کیفیت زندگی‌شان به‌شدت کاهش یافته است این پرستاران معمولاً اولین کسانی هستند که با درخواست اتانازی داوطلبانه از سوی این‌گونه بیماران روبه‌رو می‌شوند. بررسی نگرش پرستاران به این موضوع محور این مطالعه است؛ مسأله‌ای که تاکنون در ایران به آن پرداخته نشده است و با توجه به اهمیت موضوع، این مطالعه جهت درک نگرش پرستاران به‌عنوان افرادی که بیش‌ترین تماس را با این بیماران دارند، صورت گرفته است و می‌تواند با تبیین نظرات پرستاران به‌عنوان بخش اصلی تیم مراقبت از بیماران گامی در جهت روشن ساختن نیازهای آموزشی یا تدوین قوانین و مقررات مرتبط در این رابطه برداشت.

### روش کار

این مطالعه توصیفی - تحلیلی و از نظر زمان مقطعی بوده و جامعه‌ی مورد مطالعه پرستاران مسؤول نگهداری از بیماران نهایی در بخش‌های دپالیز، داخلی و ICU بیمارستان‌های

شد. همچنین، سطح معنی‌داری ۵ درصد در نظر گرفته شد. به پرستاران مورد مطالعه، اختیاری بودن شرکت در آن و این‌که نتایج کاملاً محرمانه است، توضیح داده شد. پرسشنامه‌ها بدون اسم تهیه شد. همچنین نوشتن اسم بیمارستان محل خدمت نیز اختیاری بود. در جمع‌آوری داده‌ها، آنالیز آن‌ها و گزارش نتایج نهایت دقت و امانت‌داری رعایت شده و نتایج به دور از هر گونه تمایل شخصی یا حرفه‌ای گزارش شدند. پژوهش‌گر از کلیه مفاد بیانی‌های هلسینکی در مورد اصول اخلاقی در تحقیقات پزشکی شامل نمونه‌های انسانی مطلع بوده و خود را متعهد به رعایت آن می‌داند.

### نتایج

از مجموع ۱۴۰ نفر از پرستاران که به‌طور تصادفی از روی لیست انتخاب شده و مصاحبه با ایشان انجام شد، در نهایت ۱۰۲ فرم کامل به‌دست آمد که آنالیزها بر مبنای اطلاعات این فرم‌ها صورت گرفت.

متغیرهای مورد بررسی شامل سن، وضعیت تحصیلی، بخش محل خدمت، جنس، مدت خدمت در آن بخش و کل سابقه خدمت بود؛ به این ترتیب که سن افراد از ۲۳ تا ۵۰ سال و میانگین آن ۳۴/۵ بود. از نظر وضعیت تحصیلی این افراد به ۳ گروه تقسیم شدند که ۸۹ نفر از آنان لیسانس و ۹ نفر کم‌تر از لیسانس و ۴ نفر بالاتر از لیسانس بودند. در رابطه با بخش محل خدمت ۴۴ نفر در بخش ICU، ۱۶ نفر در بخش داخلی اعصاب، ۳۰ نفر در بخش انکولوژی و ۱۲ نفر در بخش دیالیز فعالیت داشتند که از این میان ۱۸ نفر مرد و ۸۴ نفر زن بودند. مدت زمان خدمت آن‌ها در بخش‌های فوق از ۱ تا ۲۰ سال متغیر بود و میانگین آن ۵/۳ سال بود. برای آنالیز اطلاعات به دو گروه کم‌تر از ۵ سال و بیش‌تر از ۵ سال تقسیم شدند. سابقه خدمت از ۱ تا ۳۰ سال متغیر و میانگین آن ۱۱/۳ بود و برای آنالیز این متغیر افراد به دو گروه کم‌تر از ۱۰ سال و بیش‌تر از ۱۰ سال تقسیم شدند و نتایج بررسی موردهای مطرح شده با متغیرهای ذکر شده به شرح زیر است:

*اتانازی فعال داوطلبانه:* ۷/۶۷ درصد پرستاران مخالف حق

پزشک برای پذیرش خواسته‌ی بیمار و ۸/۵۸ درصد مخالف ارائه‌ی راهنمایی از سوی پزشک بودند. از بین متغیرها، متغیر سابقه‌ی خدمت در هر بخش با حق پزشک برای پذیرش خواسته بیمار رابطه‌ی معنی‌داری داشت و پاسخ نهایی برحسب سابقه‌ی خدمت در آن بخش به شرح زیر بود: در پرستاران با سابقه‌ی کم‌تر از ۵ سال سه‌نفر و در پرستاران با سابقه‌ی بیش از ۵ سال ۱۱ نفر با حق پزشک در پذیرش خواسته بیمار موافق بودند. با توجه به  $(P=۰/۱۲)$  متغیر سابقه‌ی خدمت در آن بخش در پاسخ به این سؤال معنی‌دار بوده و با افزایش آن موافقت با این امر بیش‌تر می‌شود.

*اتانازی فعال غیرداوطلبانه:* ۵/۷۳ درصد پرستاران موافق با حق خانواده‌ی بیمار برای تصمیم‌گیری در مورد بیمار خود و ۸/۵۷ درصد آن‌ها مخالف اقدام خودسرانه‌ی تیم درمانی بودند. از بین متغیرها، متغیر سابقه‌ی خدمت در هر بخش رابطه‌ی معنی‌داری با حق خانواده‌ی بیمار برای تصمیم‌گیری در مورد بیمار خود داشت. پاسخ نهایی بدین صورت بود که در پرستاران با سابقه‌ی کم‌تر از ۵ سال، ۵ نفر و در پرستاران با سابقه‌ی بیش از ۵ سال ۱۴ نفر با حق خانواده بیمار برای تصمیم‌گیری در مورد بیمار موافق بودند. با توجه به  $(P=۰/۰۰۶)$  سابقه‌ی خدمت رابطه‌ی معنی‌داری با این سؤال داشت و با افزایش آن موافقت با این امر بیش‌تر می‌شود.

در مورد بحث تخصیص منابع ۵۰ درصد افراد موافق اتانازی برای نجات جان فردی دیگر بوده و ۳۵ درصد اظهار کردند تیم پزشکی مجاز است حتی در صورت مخالفت خانواده‌ی بیمار، برای نجات جان فردی دیگر، در این مورد اقدام کند. از بین متغیرها بخش محل خدمت رابطه‌ی معنی‌داری با آن داشت  $(P=۰/۰۳۴)$  و افراد شاغل در ICU موافقت بیش‌تری را نسبت به سایر بخش‌ها درخصوص تخصیص منابع به سایر بیماران داشتند.

*اتانازی غیرفعال داوطلبانه:* ۵۰ درصد پرستاران موافق حق بیمار در عدم پذیرش درمان‌های خود و همچنین موافق وظیفه‌ی پزشک در پذیرش این تصمیم بودند. هیچ یک از

متغیرها رابطه‌ی معنی‌داری با مورد فوق نداشتند.

*اتانازی غیرفعال غیرداوطلبانه:* ۸۰ درصد پرستاران مخالف اقدام پزشک به صورت خود سرانه بودند. در پرستاران با سابقه‌ی کم‌تر از ۵ سال، ۱ نفر و در پرستاران با سابقه‌ی بیش از ۵ سال ۷ نفر با اتانازی غیرفعال غیرداوطلبانه موافق بودند. با توجه به  $(P=0/025)$  این متغیر رابطه‌ی معنی‌داری با اقدام پزشک به صورت خود سرانه داشت و هر چه سابقه‌ی خدمت افزایش می‌یافت موافقت با اتانازی غیرفعال غیرداوطلبانه بیش‌تر می‌شد و همچنین با سابقه‌ی کل خدمت نیز رابطه‌ی معنی‌داری داشت  $(P=0/033)$ .

۴۰ درصد افراد مخالف اقدام پزشک حتی در صورت رضایت خانواده بودند. هم‌چنین ۵۴ درصد آن‌ها مخالف اقدام پزشک حتی برای نجات جان بیمار دیگری بودند.

#### بحث و نتیجه‌گیری

در این مطالعه ۶۷/۶ درصد پرستاران مخالف اتانازی فعال داوطلبانه بودند. در مورد راهنمایی بیماران جهت اتانازی فعال داوطلبانه هم تقریباً آمار مشابهی به دست آمد (۵۸/۸ درصد مخالف).

با توجه به این‌که بیش‌ترین مخالفت در اتانازی، مخالفت با نوع فعال داوطلبانه است، به‌نظر می‌رسد میزان کلی ۶۰-۷۰ درصد مقاومت در مقابل اتانازی فعال داوطلبانه حداکثر مخالفت در جامعه‌ی پرستاران مورد مطالعه است. این رقم نسبت به ارقام به‌دست آمده در اینترن‌ها بسیار بالاتر است (۵۴ درصد) (۹).

در مطالعه‌ای که *Gielen* و همکاران در سال ۲۰۰۹ در بلژیک انجام دادند، میزان مخالفت ۲۱/۹ درصدی و میزان موافقت ۴۱ درصدی با اتانازی فعال داوطلبانه گزارش شده است (۱۲).

هم‌چنین *Ahmed* و همکاران در دانشگاه خارطوم نشان دادند که ۷۱ درصد پزشکان مسلمان با اتانازی فعال داوطلبانه مخالف هستند (۲). این جدیدترین مطالعه‌ی مشابه موجود در جمعیت مسلمانان است که آمار مخالفت آن با مخالفت به

دست آمده در این مطالعه نزدیک است.

هم‌چنین این مطالعه نشان می‌دهد که بین متغیرهای سن، جنس، مدت زمان خدمت، مدت کلی خدمت، سطح تحصیلات و بخش محل خدمت، تنها متغیر مدت زمان خدمت با انجام اتانازی فعال داوطلبانه رابطه‌ی معنی‌دار دارد  $(P=0/012)$ . که نتایج این مطالعه با نتایج مطالعه‌ی *Gielen* و همکاران در سال ۲۰۰۹ در بلژیک مشابه است (۱۲).

با توجه به مجموع مباحث فوق به‌نظر می‌رسد نظر پرستاران ایرانی نسبت به همکاران غربی خود در مقابل اتانازی فعال داوطلبانه کاملاً متفاوت است و مخالفت با آن بیش‌تر است. مطالعه‌ای مشابه بر روی پرستاران کشورهای مسلمان انجام نشده اما مطالعه‌ی *Ahmed* و همکاران و طاووسیان و همکاران نشان داد که پزشکان مسلمان مخالفت بیش‌تری نسبت به همکاران غربی خود در مقابل اتانازی فعال داوطلبانه دارند. شاید بتوان مهم‌ترین عامل این تفاوت را شرایط مذهبی و فرهنگی فرض کرد که البته برای اثبات آن نیاز به مطالعه‌ی وسیع‌تر و تعریف متغیرهای دیگر است (۹)، (۲).

در سؤال دوم مطالعه، یک مورد اتانازی غیرفعال داوطلبانه مطرح شده بود. در این مطالعه ۷۵ نفر از پرستاران (۷۳/۵ درصد) موافق بودند که خانواده‌ی بیمار این حق را دارند که برای ادامه‌ی حیات وی تصمیم بگیرند و تنها ۱۶ نفر (۱۵/۷ درصد) مخالف این موضوع بودند. در مورد این موضوع که آیا پزشکان مجازند خود نسبت به اتانازی غیرفعال داوطلبانه بیمار اقدام کنند ۵۹ نفر مخالف (۵۷/۸ درصد) و ۱۹ نفر (۱۸/۵ درصد) موافق بودند. مطالعات قبل نشان داده است که پزشکان و پرستاران نسبت به بیماران و خانواده‌ی آن‌ها برای کیفیت زندگی اهمیت بیش‌تری قائل هستند تا برای طول آن (۹) که این مسأله می‌تواند این نتایج را توجیه کند.

در مجموع، می‌توان گفت به‌طور کلی در پرستاران ایرانی مانند پرستاران غربی تا حد زیادی در مورد اتانازی غیرفعال داوطلبانه (بیش از ۷۰ درصد) پذیرش وجود دارد. البته ایرانیان

معنی‌دار بود ( $P=0/035$ ) و پرستاران مؤنث بیشتر با آن موافق بودند (۵۱/۲ درصد در مقابل ۳۸/۹ درصد).

هم‌چنین ۵۰ درصد پرستاران عقیده داشتند پزشک موظف است درخواست بیمار در مورد اتانازی داوطلبانه غیرفعال را بپذیرد که در این مورد نیز پرستاران مؤنث بیشتر موافق بودند ( $P=0/029$ ).

در مطالعات مشابه نشان داده شده که بهبود کنترل عوامل آزاردهنده‌ی بیمار مانند درد در کاهش درخواست اتانازی از سوی بیماران مؤثر بوده، اما نقش آن در تغییر نظر پرستاران ثابت نشده است (۱۳).

مطالعات مختلف نشان می‌دهند که پرستاران معمولاً مورد درخواست اتانازی از سوی بیماران قرار می‌گیرند. (۱۲، ۳) اما نظر ایشان در شرایط مختلف متفاوت است. این سؤال که چرا در پرستاران مؤنث مورد بررسی توافق با اتانازی غیرفعال داوطلبانه نسبت به جنس مذکر بیشتر بوده، نیاز به بررسی بیشتر دارد خصوصاً که در مطالعات مشابه خارجی این تفاوت جنسی گزارش نشده است (۱۴).

۸۰ درصد از مصاحبه‌شوندگان مخالف تصمیم گرفتن پزشک برای اتانازی غیرفعال غیرداوطلبانه، مستقل از افراد خانواده‌ی بیمار، بودند. هم‌چنین متغیرهای سابقه‌ی خدمت در آن بخش و سابقه‌ی کل خدمت روی این پاسخ تأثیرگذار بوده است ( $P=0/025$  و  $P=0/033$ ).

در مورد درخواست خانواده‌ی بیمار برای اتانازی غیرفعال غیرداوطلبانه، ۳۵ درصد پرستاران موافق و ۴۰ درصد مخالف بوده‌اند که هیچ‌یک از متغیرها رابطه‌ی معنی‌داری با نظر پرستاران نداشته است.

در مورد تصمیم پزشکان در بحث تخصیص منابع، ۵۰ درصد پرستاران مخالف اتانازی غیرفعال غیرداوطلبانه بوده‌اند. در این مورد نیز هیچ‌یک از متغیرها تأثیر معنی‌داری بر پاسخ پرستاران نداشته است.

در مطالعات مشابه دیده شده که پزشکان و تیم‌های درمانی نسبت به کیفیت زندگی در مقابل طول آن، اهمیت

نیز مانند پرستاران غربی این تصمیم را به بیماران واگذار کرده و برای پزشک و تیم درمانی حق تصمیم‌گیری بدون نظر خانواده بیمار قائل نیستند. از بین متغیرها مانند حالت قبل فقط مدت زمان خدمت در بخش ( $P=0/006$ ) با نظر فوق معنی‌دار بوده است.

در ادامه ۵۱ نفر از پرستاران (۵۰ درصد) موافق حق تیم درمانی برای اتانازی غیرفعال داوطلبانه بیماران در شرایطی که بحث تخصیص منابع پیش می‌آید، بودند و ۳۶ نفر (۳۵ درصد) اظهار کرده‌اند حتی در صورت مخالفت خانواده‌ی بیمار پزشک حق دارد خود در مورد اتانازی بیمار تصمیم بگیرد.

در مطالعات مشابه هیچ مطالعه‌ای که این جنبه را به‌طور مستقیم بررسی کرده باشد، دیده نشد. از آن‌جا که اتانازی در کشور ما غیرقانونی محسوب می‌شود می‌توان انتظار داشت که در صورت حمایت قانون، نظر موافق با اتانازی غیرفعال داوطلبانه حتی بیشتر هم می‌شود.

از متغیرهای مورد بررسی مدت زمان کل خدمت از متغیرهای مورد بررسی ( $P=0/018$ ) و بخش محل خدمت ( $P=0/034$ ) بر روی پاسخ پرستاران به اتانازی غیرفعال داوطلبانه مؤثر بوده است که در سایر مطالعات بررسی شده، متغیرهای فوق تأثیرگذار نبوده‌اند. شاید بتوان کمبود امکانات ICU در بیمارستان‌های دانشگاهی را مهم‌ترین علت این مسأله دانست، چرا که بیش‌ترین موافقت با اتانازی غیرفعال در پرستاران ICU دیده شده است (۴۴ درصد).

در مورد مدت زمان خدمت، با افزایش آن، میزان موافقت با اتانازی غیرفعال داوطلبانه بیشتر شده است. با توجه به این‌که طول مدت خدمت در هر بخش بر روی نظر پرستاران نسبت به اتانازی غیرفعال مؤثر نبوده به‌نظر می‌رسد عوامل خارج از محیط کار را باید بر روی آن مؤثر دانست که البته اثبات آن نیازمند مطالعات دیگری است.

در اتانازی فعال غیرداوطلبانه ۵۰ درصد پرستاران به‌طور کلی با این موضوع موافق بودند. متغیر جنس در این مورد

ب - به نظر می‌رسد که روند فوق تا حدی نیز به واسطه‌ی آشنایی بیشتر با ضرورت‌ها و مشکلات عملی موجود که در مواردی اتانازی را به‌عنوان یک راه حل مطرح می‌سازند، باشد. بنابراین، بازشناسی مشکلات و کار نظری بر روی انواع موجه اتانازی داوطلبانه‌ی غیرفعال به‌عنوان زمینه‌ی مطالعاتی آینده پیشنهاد می‌شود که در نهایت می‌تواند به تدوین راهنماها و دستورالعمل‌هایی منجر گردد تا از برخوردهای سلیقه‌ای و غیر یک‌دست نیز اجتناب به‌عمل آید.

هم‌چنین نشان داده شد که موافقت بیشتر پاسخ دهندگان با نوع غیرفعال اتانازی یا مواردی که اتانازی غیرفعال منجر به نجات جان فرد دیگری می‌شود، تأییدی بر تفاوت اخلاقی میان این انواع اتانازی و آمادگی پذیرش عمومی جهت اجرای انواع اخیر است. نظر به وجود زمینه‌های تئوریک و شرعی قانونی شدن اتانازی غیرفعال در مواردی خاص، به‌نظر می‌رسد که نتایج این مطالعه نیز تأییدی بر نیاز به کار جدی‌تر و تدوین راهنماهای عملی روشن و شفاف در این باره است تا جامعه‌ی بیماران و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت از سردرگمی در این مورد رهایی یابند.

#### تشکر و قدردانی

پژوهشگران مراتب سپاس خود را از دانشکده‌ی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران بابت حمایت از این پایان‌نامه و هم‌چنین از آقای دکتر علیرضا پارساپور و همکاران بابت اجازه‌ی استفاده از پرسشنامه اعلام می‌دارند.

بیش‌تری نسبت به مردم عادی قائلند (۱۱، ۱۰) و این یافته با در نظر گرفتن جنبه‌های عاطفی قابل توجیه است. به عبارت دیگر، برای یک پزشک تصمیم گرفتن در مورد پایان دادن به زجر یک نفر به مراتب آسان‌تر از کسانی است که آن فرد برای آنها عزیز می‌باشد.

به‌طور خلاصه، می‌توان گفت نظر مصاحبه شوندگان در مورد اتانازی غیرفعال غیرداوطلبانه بسیار متغیر بوده و هیچ یک از مطالعه‌های انجام شده نتوانسته است نتیجه‌ی قاطعی نسبت به انواع دیگر اتانازی برای آن مطرح کند.

با توجه به نتایج این بررسی که نشان داد افزایش سابقه‌ی خدمت باعث مثبت شدن نظر به اتانازی می‌شود و در عین حال آن‌هایی که در بخش‌های ویژه کار می‌کنند موافقت بیشتری با اتانازی دارند، می‌توان فرضیه‌های ذیل را مطرح کرد:

الف - به نظر می‌رسد که تداوم کار در محیط‌های بالینی در ایران موجب افت نسبی استانداردها یا حساسیت‌های اخلاقی می‌شود. این امر به‌خصوص با توجه به روند معکوسی که در مطالعات مشابه خارجی دیده شده است بیش‌تر به ذهن متبادر می‌گردد. بنابراین، علاوه بر مداخلات آموزشی، انجام مطالعاتی برای ریشه‌یابی این روند پیشنهاد می‌گردد.

منابع

- (11): 317-323.
- ۹- طاووسیان ع، صداقت م، آرامش ک. بررسی نگرش انترن‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران در ارتباط با اتانازی. مجله اخلاق و تاریخ پزشکی ۱۳۸۸؛ دوره ۳ (شماره ۱): ۴۳-۵۲.
- 10- Oh DY, Kim JE, Lee CH, 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): 1961-6.
- 11- Sprung CL, Carmel S, Sjokvist P, et al. Attitudes of European physicians, nurses, patients, and families regarding end-of-life decisions: the ETHICATT study. *Intensive Care Med* 2007; 33(1): 104-10.
- 12- Gielen J, van den Branden S, van Iersel T, Broeckaer B. Flemish palliative care nurses' attitudes toward euthanasia: a quantitative study. *Int J Palliat Nurs* 2009; 15(10): 488-97.
- 13- Engstrom J, Bruno E, Holm B, Hellzen O. Palliative sedation at end of life – a systematic literature review. *Eur J Oncol Nurs* 2007;11(1): 26-35.
- 14- Purvis RJ, Law E, Still JM, Belcher K, Kito N, Dorman JB. Nurses' attitudes toward do-not-resuscitate orders. *J Burn Care Rehabil* 1998; 19(6): 538-41.
- ۱- پارساپورع ر، همتی مقدم ار، پارساپورم ب، لاریجانی ب. اتانازی، تبیین موضوع و تحلیل اخلاقی. مجله اخلاق و تاریخ پزشکی ۱۳۸۷؛ دوره (شماره ۴): ۱-۱۲.
- 2- 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.
- 3- Emanuel EJ. Euthanasia. Historical, ethical, and empiric perspectives. *Arch Intern Med* 1994; 154(17): 1890-901.
- 4- Sachedina A. End-of-life: the Islamic view. *Lancet* 2005; 366(9487): 774-9.
- 5- Aramesh K, Shadi H. Euthanasia: an Islamic ethical perspective. *Iran J Allergy Asthma Immunol* 2007; 6 (Suppl. 5): 35-8.
- 6- Odunco FS. Euthanasia: killing as due care? *Wien Med Wochenschr* 2003; 153(17-18): 387-91.
- 7- Johansen S, Holen JC, Kaasa S, Loge HJ, Materstvedt LJ. Attitudes towards, and Wishes for, euthanasia in advanced Cancer Patients at a palliative medicine unit. *Palliat Med* 2005; 19(6): 454-60.
- 8- Cook, Deborah C, Rocker, Grame DM, Giacomini, Mita, ETC. Understanding and Changing attitudes toward withdrawal and withholding of life support in the ICU. *Lippincott willians & wilkins INC* 2006; 34