

نگرش پرستاران و پزشکان بخش‌های ویژه بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد در ارتباط با اتانازی در سال 1391

محمود وکیلی¹، سکینه دلاور²، زهره کریمیان کاکلکی^{3*}، اسماعیل فتوحی⁴

تاریخ پذیرش: 93/8/25

تاریخ دریافت: 93/4/2

خلاصه

مقدمه: اتانازی به معنای قتل از روی ترحم است. پرستاران و پزشکان بخش‌های مراقبت ویژه اولین کسانی هستند که با درخواست اتانازی از سوی بیماران روبرو می‌شوند. هدف این مطالعه تعیین نگرش پرستاران و پزشکان بخش‌های ویژه بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی یزد نسبت به اتانازی بود.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی با نمونه‌گیری تصادفی ساده روی 110 نفر از پزشکان و پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه انجام شد. در این مطالعه از پرسشنامه استاندارد استفاده شد که شامل 4 بخش اطلاعات دموگرافیک، پذیرش اتانازی فعال و غیرفعال، مقیاس نگرش به اتانازی و معمای واگن بود. پرسشنامه به شکل خود ایفا تکمیل و داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه 18 و آزمون‌های آماری T، ANOVA، مجذور کای، ضریب همبستگی و رگرسیون آنالیز شد.

یافته‌ها: میانگین نمره نگرش به اتانازی $45/05 \pm 15/48$ ، بالاترین نمره 89 و پایین‌ترین نمره 24 بود. توزیع فراوانی نگرش به اتانازی نشان داد که نگرش نامطلوب (منفی) به اتانازی با 60/9 درصد، بیشترین فراوانی را دارد. میانگین نمره نگرش برحسب متغیرهای سن، مدت خدمت در بخش، کل سابقه خدمت و جنسیت، اختلاف معنی‌داری را نشان داد. نتایج حاصل از مقیاس نگرش سنج، پذیرش اتانازی فعال و غیرفعال و معمای واگن همسو بود.

نتیجه‌گیری: نگرش اکثر شرکت‌کنندگان نسبت به اتانازی نامطلوب بود، با وجود این و با توجه به پذیرش راحت‌تر اتانازی در مردان و همچنین کارکنان با سابقه کاری بیشتر، لازم است برنامه‌های آموزشی در راستای افزایش آگاهی و بهبود نگرش و تقویت روحیه بردباری و تحمل کارکنان با تأکید بر این نکات طراحی و اجرا گردد.

واژه‌های کلیدی: نگرش، اتانازی، پرستاران، پزشکان، بخش‌های ویژه

1 - متخصص پزشکی اجتماعی، استادیار دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی، یزد، ایران

2 - دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی، یزد، ایران

3 - * کارشناس ارشد آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی، یزد، ایران (نویسنده مسئول)

تلفن تماس: 09132366910، پست الکترونیکی: zohrehkarimian68@yahoo.com

4- کارشناس بهداشت عمومی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی، یزد، ایران

در سال‌های اخیر، بیماران زیادی در اثر بیماری‌ها، حوادث و بدخیمی‌ها جان خود را از دست می‌دهند. اگرچه درمان‌های نوین می‌تواند در افزایش طول عمر بیماران نقش داشته باشد ولی ماهیت این عوارض به‌گونه‌ای است که ناتوانی‌های زیادی را به دنبال داشته و باعث کاهش کیفیت زندگی آن‌ها می‌شود. در بخش‌های مراقبت ویژه، بسیاری از بیماران، درد و رنج زیادی را بدون امید به بهبود، تحمل کرده و حتی هزینه‌های زیادی را به خود و خانواده و نظام سلامت تحمیل می‌کنند. لذا در دهه‌های اخیر بحث قتل از روی ترحم یا اتانازی با ابعاد تازه‌ای مطرح گردیده است [1].

اصطلاح اتانازی (Euthanasia) از واژه یونانی eu به معنای خوب و کام‌بخش و واژه Thanatus به معنای مرگ مشتق شده است. اتانازی انواع مختلفی دارد از جمله: 1- اتانازی فعال داوطلبانه: تزریق عمدانه دارو یا اقداماتی دیگر که منجر به مرگ بیمار می‌شود. این عمل بر اساس تقاضای صریح بیمار و با رضایت کاملاً آگاهانه او انجام می‌شود. قصد و تمایل پزشک و بیمار هر دو در جهت خاتمه دادن به زندگی بیمار است. در اتانازی فعال داوطلبانه، دو شرط بسیار مهم است: تصمیم خود بیمار و درد و رنج غیرقابل تحمل و نبود امید به زندگی. 2- اتانازی غیر داوطلبانه: تزریق عمدانه 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 عمل نیست. مثل بیماری که در حالت کماست. 3- اتانازی فعال اجباری: تزریق عمدانه دارو یا اقدامات دیگر که باعث مرگ بیمار شود؛ در این حالت بیمار صلاحیت تصمیم‌گیری را دارد و هیچ‌گونه درخواست صریحی برای این عمل ندارد، این نوع اتانازی در تمام اخلاقیون غیرمجاز است و قتل محسوب می‌شود. 4- اتانازی غیرفعال: عدم شروع درمان یا درمان‌هایی که برای حفظ حیات بیمار لازم است؛ البته این نوع اتانازی می‌تواند داوطلبانه یا غیر داوطلبانه باشد. در اتانازی غیرفعال داوطلبانه، بیمار درمان خود را رد می‌کند تا در مرگش تسریع ایجاد شود. اما اتانازی غیرفعال غیر داوطلبانه، در مورد بیمارانی به کار گرفته می‌شود که شرایط بسیار وخیمی دارند و پزشکان هم مطمئن

هستند که درمان امکان‌پذیر نیست. 5- خودکشی با همکاری پزشک: در این حالت پزشک داروها یا اقدامات دیگر را برای بیمار فراهم می‌کند با این آگاهی که می‌داند قصد بیمار از آن‌ها خودکشی هست. 6- اتانازی غیرمستقیم: در این حالت ضد دردهای مخدر یا داروهای برای تسکین درد بیمار تجویز می‌شود اما پیامد غیرمستقیم آن قطع سیستم تنفسی است. این نوع اتانازی عمدانه انجام نمی‌شود، اما پیامد غیرمستقیم آن مرگ بیمار است [2].

موارد مرگ‌ومیر ناشی از اتانازی 0/04 درصد در ایتالیا، 0/06 درصد در دانمارک، 0/27 درصد در سوئیس، 1/2- 0/3 درصد در بلژیک و 1/7 درصد در هلند گزارش شده است [2]. پیشرفت‌های تکنولوژی دانش پزشکی در دهه‌های اخیر باعث تغییر معنی مرگ از دیدگاه افراد شده است [3 و 4]. اتانازی در بسیاری از کشورهای جهان از جمله سوئد، نروژ، دانمارک، هلند، بلژیک، لوگزامبورگ و سه ایالت آمریکا انجام می‌شود و از نظر قانونی مشکلی ندارد [1، 5-7].

در ادیان الهی همچون اسلام، مسیحیت و یهودیت، اتانازی به هر شکلی محکوم است و قتل نفس محسوب می‌شود. نگرش ادیان الهی در این خصوص به انسان دردمند و در رنج کاملاً مشابه سایر انسان‌هاست [8]. در قرآن صراحتاً قتل نفس منع شده است: *وَلَا تَقْتُلُوا النَّفْسَ الَّتِي حَرَّمَ اللَّهُ إِلَّا بِالْحَقِّ* "انسانی را که خداوند محترم شمرده، به قتل نرسانید. مگر به حق و از روی استحقاق [9].

در کشورمان همچون کشورهای دیگر شاهد پیشرفت‌هایی در زمینه پزشکی هستیم. از طرفی با افزایش بیماری‌ها، خصوصاً بیماری‌های مزمن روبرو شده‌ایم و از سویی دیگر کمبود امکانات، سبب اولویت‌بندی در اختصاص دادن امکانات به این بیماران شده است. مسئله کاهش درد و رنج بیمار و استفاده از امکانات از مباحث اساسی چالش‌برانگیز است [1].

مطالعه محمودیان و همکاران نشان داد که اتانازی از ابعاد مختلف عقلی، حرفه‌ای، اجتماعی و فرهنگی نمی‌تواند رفتاری قابل قبول، منطقی و پسندیده باشد [10]. مطالعات رستگاری و همکاران و طاووسیان و همکاران حاکی از این بود که با دانستن نگرش پزشکان و پرستاران جامعه نسبت به اتانازی می‌توان با یک برنامه‌ریزی اصولی در جهت ارتقای مراقبت

بیمارانی که اتانازی برایشان مطرح است، گام مؤثری برداشت [1 و 7].

با توجه به درک پرستاران و پزشکان به عنوان افرادی که بیشترین ارتباط را با بیماران دارند، می توان تبیین نظرات آنان 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. نبود یک قانون منسجم، کامل و کارآمد نسبت به تمام جنبه های مسئله اتانازی دلیل دیگری بر لزوم انجام یک بررسی در مورد دیدگاه پزشکان و پرستاران نسبت به این مسئله است.

با توجه به این که اختلافات فرهنگی و دیدگاه های اعتقادی متفاوت افراد در مناطق مختلف می تواند نظرات آن ها را تحت تأثیر قرار دهد، هدف این مطالعه تعیین نگرش پرستاران و پزشکان بخش های ویژه بیمارستان های یزد نسبت به اتانازی بود.

مواد و روش ها

این مطالعه توصیفی به روش مقطعی انجام گرفت. جامعه مورد مطالعه پرستاران و پزشکان شاغل در بخش های دیالیز، انکولوژی و ICU بیمارستان های افشار، شهید رهنمون و شهید صدوقی یزد بودند.

با توجه به مطالعات مشابه با آلفای 0/05 درصد و بتای 0/20 و $p=0/50$ و $d=0/10$ ، تعداد 97 نمونه برآورد شده که با احتمال عدم پاسخ 20 درصد، تعداد نمونه 110 مورد تعیین گردید.

این نمونه ها به صورت نمونه گیری تصادفی ساده و از روی لیست پرستاران و پزشکان بخش های مربوطه انتخاب شدند. معیار ورود به مطالعه شامل کارکنان پرستار یا پزشک بخش های مراقبت ویژه و تمایل به شرکت در مطالعه و معیار خروج از پژوهش شامل عدم تمایل به ادامه شرکت در مطالعه بود.

در این پژوهش برای سنجش متغیرها از پرسشنامه ای شامل ابزارهای ذیل استفاده شد. بخش اول اطلاعات جمعیت شناختی شرکت کنندگان که شامل سن، جنس، مدت خدمت در بخش، کل مدت خدمت و مدرک تحصیلی بود.

بخش دوم شامل پذیرش اتانازی بود که شرکت کنندگان پس از مطالعه تعریف اتانازی فعال و غیرفعال، موافقت یا مخالفت خود را با آن دو تعریف در یک مقیاس 7 درجه ای لیکرت از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق مشخص کردند و نمره گذاری از کاملاً مخالف (نمره یک) تا کاملاً موافق (نمره 7) را شامل می شد. این مقیاس در مطالعه آقابابایی و همکاران استفاده شده است [11].

بخش سوم، مقیاس نگرش به اتانازی می باشد که برای سنجش ارزش های اجتماعی و قضاوت اخلاقی درباره اتانازی است و شامل 20 سؤال در خصوص نگرش به اتانازی می باشد که به صورت لیکرت 5 گزینه ای از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق (با نمره گذاری کاملاً مخالف نمره 1 تا کاملاً موافق نمره 5) دسته بندی شده و نمره مجموع سؤالات از حداقل 20 تا حداکثر 100 می باشد که همان نمره مقیاس نگرش نسبت به اتانازی است. در مطالعه آقابابایی و همکاران نسخه فارسی مقیاس، روند استاندارد ترجمه و ترجمه برگردان را طی کرد تا از صحت ترجمه اطمینان حاصل شود. در این مطالعه پایایی درونی نسخه ی فارسی با روش ضریب آلفای کرونباخ برابر با 0/88 به دست آمد [11].

مقیاس نگرش به اتانازی در سه دسته نامطلوب (20 تا 46/66)، متوسط (46/67 تا 73/33) و مطلوب (73/34 تا 100) دسته بندی شد. بخش چهارم معمای واگن، از دوراهی های معروف اخلاقی است که پژوهشگران با دست کاری در اجزای داستان آن، به مطالعه قضاوت اخلاقی افراد - پرداختند. این مقیاس در مطالعه آقابابایی و همکاران استفاده شد [12].

متن معمای واگن به کار بسته شده در این پژوهش چنین بود: "یک واگن خالی با سرعت به سوی پنج کارگر در حال حرکت است. در فاصله واگن و کارگران پلی وجود دارد و یک کارگر با کوله پشتی بزرگی روی آن ایستاده است. اگر اقدامی صورت نگیرد، واگن به آن پنج کارگر برخورد می کند و موجب مرگشان می شود. اما می توان از مرگ این پنج کارگر جلوگیری کرد. بابک که نظاره گر ماجراست، اتفاقاً نزدیک کلیدی است که دریچه پل عابر پیاده را باز می کند، دریچه ای که کارگر دارای کوله پشتی بزرگ روی آن ایستاده است. بابک متوجه

و 91 زن). طول مدت خدمت در بخش های ویژه بیمارستان از 1 تا 30 سال و با میانگین و انحراف معیار $4/28 \pm 5/8$ سال بود. کل مدت خدمت در بخش های مختلف بیمارستان از 1 تا 30 سال و با میانگین $6/09 \pm 6/68$ سال بود.

در پاسخ به سؤال پذیرش اتانازی فعال 77 نفر (70%) کاملاً مخالف و 4 نفر (3/6%) کاملاً موافق بودند و در پاسخ به سؤال پذیرش اتانازی غیرفعال 45 نفر (40/9%) کاملاً مخالف و 10 نفر (9/1%) کاملاً موافق بودند.

در خصوص مقیاس کلی نگرش به اتانازی، میانگین نمره نگرش نسبت به اتانازی $45/05 \pm 15/48$ و با توجه به حداقل و حداکثر نمره قابل اکتساب (100 - 20) بالاترین نمره نگرش 89 و پایین ترین نمره 24 به دست آمد. نمره بالاتر نشان دهنده نگرش مثبت به اتانازی و نمره پایین تر نشان دهنده نگرش منفی به اتانازی بود.

در پاسخ به سؤال اول معمای واگن (آیا از نظر اخلاقی پذیرفتنی است بابت با زدن کلید جان پنج کارگر را نجات دهد و در عوض به مرگ یک کارگر منجر شود؟) 20/9 درصد پاسخ بلی و 79/1 درصد پاسخ خیر به دست آمد.

میانگین گزینه مورد انتخاب در پاسخ به سؤال دوم معمای واگن (اقدام بابت تا چه اندازه از نظر اخلاقی پذیرفتنی است؟) $2/37 \pm 3/01$ بود و گزینه 1 (کاملاً غیرقابل قبول) با فراوانی 37/3 درصد بیشترین و گزینه های 6 و 8 (قابل قبول) با فراوانی 1/8 درصد کمترین فراوانی را داشتند.

نگرش نامطلوب به اتانازی با 60/9 درصد (67 نفر) بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داد و بعد از آن 33/6 درصد (37 نفر) نگرش متوسط و 5/5 درصد (6 نفر) از افراد مورد مطالعه نگرش مطلوبی به اتانازی نشان دادند.

نتایج آزمون مجذور کای نشان داد که نگرش نسبت به اتانازی برحسب جنس دارای اختلاف معنی داری است ($p=0/000$) ولی این نگرش برحسب مدرک تحصیلی (پزشک و پرستار) دارای اختلاف معنی داری نبود ($p=0/56$). اطلاعات کامل در جدول شماره 1 آورده شده است.

می شود که می تواند با زدن کلید، کارگر دارای کوله پشتی بزرگ را روی ریل بباندازد و از مرگ آن پنج کارگر جلوگیری کند. ترکیب وزن کارگر و کوله پشتی برای توقف واگن کافی است و به جلوگیری از مرگ آن پنج کارگر می انجامد. اما تصادف، باعث مرگ کارگر دارای کوله پشتی می شود "شرکت کنندگان پس از خواندن داستان، به این پرسش ها پاسخ خواهند داد: 1- آیا از نظر اخلاقی پذیرفتنی است که بابت با زدن کلید جان پنج کارگر را نجات دهد و در عوض به مرگ یک کارگر منجر شود؟ 2- اقدام بابت تا چه اندازه از نظر اخلاقی پذیرفتنی است؟ برای درک بهتر موقعیت، سناریو همراه با تصویر مربوط ارائه شده است. پاسخ شرکت کنندگان به پرسش نخست به صورت آری یا خیر بوده و پاسخ به پرسش دوم در یک مقیاس 9 درجه ای از 1 (کاملاً غیرقابل قبول) تا 9 (کاملاً قابل قبول) می باشد. پاسخ خیر به پرسش نخست و پاسخ یک تا چهار به پرسش دوم به معنی حمایت از تفاوت اخلاقی بین مفاهیم زیربنایی اتانازی فعال و غیرفعال یعنی کشتن و اجازه مردن تلقی می شود. به عبارت دیگر، پاسخ های یاد شده بیانگر این است که احتمالاً میزان مخالفت فرد با اتانازی غیرفعال کمتر از نوع فعال خواهد بود [12].

ملاحظات اخلاقی شامل این موارد بود: توضیح اهداف پژوهش و کسب رضایت از افراد. جهت تضمین محرمانه بودن کلیه اطلاعات کسب شده، نام و نام خانوادگی افراد در پرسشنامه ها قید نشد. در صورت تمایل افراد مورد پژوهش نتایج در اختیار آن ها قرار گرفت.

پرسشنامه ها بین پرستاران و پزشکان انتخابی بخش های مراقبت های ویژه توزیع شده و پس از جمع آوری پرسشنامه ها، داده های به دست آمده کدگذاری و با نرم افزار SPSS نسخه 18 و آمار توصیفی و آزمون های آماری T، ANOVA، مجذور کای، ضریب همبستگی و رگرسیون تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها

در پژوهش حاضر سن افراد در محدوده 23 تا 50 سال و با میانگین و انحراف معیار $30/05 \pm 6/43$ سال بود. شرکت کنندگان شامل 72 پرستار و 38 پزشک بودند (19 مرد

جدول 1- مقایسه نمره نگرش نسبت به اتانازی بر حسب جنس و مدرک تحصیلی در گروه مورد پژوهش

P value	جمع کل	نگرش مطلوب		نگرش نامطلوب		متغیر	
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)		
$12/91 = \chi^2$ $p = 0/00$	19 (100)	4 (21/1)	8 (42/1)	7 (36/8)	مرد	جنسیت	
		2 (2/2)	29 (31/9)	60 (65/9)	زن		
$1/14 = \chi^2$ $p = 0/56$	72 (100)	5 (6/9)	25 (34/7)	42 (58/3)	پرستار	مدرک تحصیلی	
		1 (2/6)	12 (31/6)	25 (65/8)	پزشک		

*آزمون مجذور کای χ^2

نمره نگرش به اتانازی با سن ($r=0/251$ $p=0/008$) کل سابقه خدمت ($r=0/244$ $p=0/01$) و سابقه خدمت در بخش کنونی ($r=0/305$ $p=0/001$) ارتباط مثبت معنی داری داشت. یعنی با افزایش سن و سابقه خدمت، میزان موافقت آن‌ها با اتانازی افزایش می‌یابد.

آزمون همبستگی Spearman بین نمره نگرش و اتانازی فعال و غیرفعال ارتباط معنی دار مثبت نشان داد و بین اتانازی فعال و غیرفعال هم ارتباط معنی دار وجود داشت. به این معنی که هرکس اتانازی فعال و غیرفعال را قبول دارد نگرش مثبت به اتانازی داشته و با اتانازی موافق است (جدول 2).

در مورد سؤال اول معمای واگن که آیا کار اخلاقی بوده یا خیر، آزمون t نشان داد که بین نمره نگرش نسبت به اتانازی و پاسخ بلی به سؤال اول معمای واگن (آیا از نظر اخلاقی پذیرفتنی است بابت با زدن کلید جان پنج کارگر را نجات دهد و در عوض به مرگ یک کارگر منجر شود؟) ارتباط معنی دار وجود داشته و هرکس پاسخ مثبت به سؤال اول داده با پذیرش اتانازی موافق تر بوده است. نتایج حاصل از آزمون همبستگی Spearman بین نمره نگرش، پذیرش اتانازی فعال، غیرفعال و سؤال دوم معمای واگن (اقدام بابت تا چه اندازه از نظر اخلاقی پذیرفتنی است؟) در جدول (2) آورده شده است.

جدول 2- آزمون همبستگی اسپیرمن بین نمره نگرش، پذیرش اتانازی فعال، اتانازی غیرفعال و سؤال دوم معمای واگن

متغیر	نمره نگرش	پذیرش اتانازی فعال	پذیرش اتانازی غیرفعال
نمره نگرش	1		
پذیرش اتانازی فعال	$P=**0/000$ $r=0/444$	1	
پذیرش اتانازی غیر فعال	$P=**0/000$ $r=0/442$	$P=**0/006$ $r=0/258$	1
سؤال 2 معمای واگن (اقدام بابت تا چه اندازه از نظر اخلاقی پذیرفتنی است؟)	$P=**0/000$ $r=0/473$	$P=**0/001$ $r=0/306$	$P=0/313$ $r=0/097$

** سطح معنی داری $> 0/01$

بحث

نتایج نشان داد که بیشتر افراد مورد پژوهش (60/9%) نگرش نامطلوبی به اتانازی داشته‌اند که نشان‌دهنده درصد بالای عدم پذیرش اتانازی یا نگرش منفی می‌باشد. در مطالعه طاووسیان 54 درصد از اینترنت‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران نگرش منفی و مخالف با اتانازی داشتند [7] و در مطالعه رستگاری و همکاران، 67/6 درصد پرستاران مخالف اتانازی فعال داوطلبانه بودند [1].

میزان پذیرش اتانازی در این مطالعه مانند سایر مطالعات انجام‌شده در ایران، اندک است. در تفسیر نگرش نامطلوب افراد مورد پژوهش نسبت به اتانازی می‌توان گفت که فرهنگ، اعتقادات و آداب و رسوم حاکم بر شهر یزد بر نگرش افراد در این زمینه تأثیرگذار بوده است.

یافته‌های حاصل از این بررسی نشان داد مردان بیشتر از زنان نسبت به اتانازی نگرش مثبت معنی‌دار دارند. نتایج مطالعات حسن‌زاده حداد و همکاران، Giannini و همکاران، عباس و همکاران، جنس را به‌عنوان عامل مؤثری بر روی نگرش به اتانازی نشان داد که این ارتباط به‌صورت افزایش پذیرش اتانازی در مردان تأیید شده است [6, 13, 14] و با نتایج مطالعه ما همخوانی دارد. در مطالعه رستگاری و همکاران ارتباط معنی‌داری بین نگرش و جنس دیده نشد [1]. در این مطالعه اختلافی بین نمره نگرش در بین پرستاران و پزشکان مشاهده نشد و 2/6 درصد از پزشکان و 6/9 درصد از پرستاران نگرش مطلوبی به اتانازی داشتند. Rurup و همکاران در مطالعه خود در آمستردام نشان دادند که 56 درصد پزشکان با اتانازی موافق بودند [15]. در مطالعه عباس و همکاران مشخص گردید 15/3 درصد پزشکان موافق اتانازی بودند [13].

مطالعه رستگاری و همکاران نشان داد که میزان کلی 60-70 درصد مقاومت در مقابل اتانازی فعال داوطلبانه حداکثر مخالفت جامعه پرستاران است. این رقم نسبت به ارقام به‌دست‌آمده در اینترنت‌ها بسیار بالاتر بود [1] که با نتایج مطالعه حاضر متفاوت است. تفاوت بین میزان موافقت پزشکان و پرستاران در کشورهای مختلف، از شرایط فرهنگی و مذهبی حاکم بر آن‌ها ناشی می‌شود.

در مطالعات مشابه دیده‌شده که پزشکان و تیم درمانی به کیفیت زندگی در مقابل طول آن نسبت به مردم عادی اهمیت بیشتری قائل‌اند [1]. می‌توان گفت پرستاران و پزشکان در خدمت به بیماران بخش‌های مراقبت ویژه همکاری داشته و هر دو گروه، از ناراحتی بیمار رنج می‌برند.

نتایج نشان داد که با افزایش سن، نگرش نسبت به اتانازی موافق‌تر می‌شود. در مطالعه رستگاری نگرش پرستاران و در مطالعه حسن‌زاده حداد نگرش بیماران در مورد اتانازی با سن رابطه معنی‌داری نداشت [1 و 6].

مقدس و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که با افزایش سن پرستاران بخش‌های ویژه، نگرش نسبت به اتانازی منفی‌تر می‌شود [16] که مغایر با مطالعه حاضر است. شاید بتوان این موضوع را مطرح کرد که تفاوت فرهنگی نسل‌های مختلف در دیدگاه آن‌ها نسبت به اتانازی اثرگذار بوده است. با توجه به این که پرستاران و پزشکان شرکت‌کننده در مطالعه حاضر در بخش‌های ویژه خدمت می‌کنند و همواره شاهد هزینه‌های گزاف و رنج و درد بیمارانی هستند که در نهایت با مرگ روبرو می‌شوند، شاید به مرور زمان به این تجربه رسیده‌اند که اجازه مرگ دادن به این بیماران بهتر باشد.

یافته‌ها نشان داد که بین نمره نگرش افراد با مدت خدمت در بخش مراقبت ویژه و همچنین کل مدت خدمت رابطه معنی‌داری وجود دارد و با افزایش تعداد سال‌هایی که از خدمت افراد در بخش‌های مراقبت ویژه می‌گذرد، نسبت به پذیرش اتانازی راغب‌تر می‌شوند. رستگاری و Gielen نیز در مطالعه خود نشان دادند که بین نمره نگرش با مدت‌زمان خدمت در بخش رابطه معنی‌دار وجود دارد [1 و 17].

در تفسیر این نتیجه می‌توان گفت، با افزایش تعداد سال‌های خدمت در بخش، روبرویی با بیماران در حال مرگ و مشاهده زجر کشیدن آنان، افراد را به نگرش مثبت نسبت به اتانازی تشویق می‌کند. از طرفی، افزایش مدت خدمت با افزایش سن متناسب است. به نظر می‌رسد تداوم کار در محیط‌های بالینی موجب افت نسبی استانداردها یا حساسیت‌های اخلاقی می‌شود، بنابراین، علاوه بر مداخلات آموزشی در این خصوص، انجام مطالعاتی برای ریشه‌یابی این مسائل پیشنهاد می‌گردد.

نتیجه گیری: در این مطالعه نیز همانند سایر مطالعات موجود در ایران پذیرش اتانازی اندک بود، باین حال برخی تفاوت های موجود در مطالعه حاضر و مطالعات پیشین را می توان به دلیل تفاوت های فرهنگی و عقاید مذهبی و سنتی در شهر یزد دانست.

به هر حال پذیرش اتانازی به عنوان یک موضوع جنجال آفرین تلقی می شود و پرستاران و پزشکان به عنوان ارائه دهندگان مراقبت به بیماران بخش های ویژه، همیشه در معرض تقابل میان دو انتخاب (قبول امر کشتن یا اجازه مرگ دادن) هستند. با در نظر گرفتن نمره نگرش، مشخص می شود که نگرش پرستاران و پزشکان نسبت به اتانازی نامطلوب (منفی) است. از آنجایی که شرکت کنندگان، قبول کشتن را ناپسند دانسته و ترجیح می دهند اجازه مرگ داده شود، بنابراین پایبند اخلاقیات بوده اند تا رفتار سودمدارانه.

با توجه به محدودیت های موجود مثل مقطعی بودن مطالعه، قابل تعمیم نبودن نتایج به کل پرستاران و پزشکان به نظر می رسد برای بررسی های آتی به تدوین مطالعاتی ملموس تر نیاز باشد.

همچنین لازم است با توجه به تعالیم مذهبی و قوانین اخلاقی برای پرستاران و پزشکان برنامه های آموزشی در راستای افزایش آگاهی و بهبود نگرش و تقویت روحیه بردباری و صبر و تحمل آن ها صورت گیرد تا احساس همدردی بیشتری با بیمار داشته و تمایل به اتانازی نیابند. به علاوه با توجه به این که نگرش مثبت نسبت به اتانازی در مردان و همچنین کارکنان با سابقه کاری بیشتر مشاهده شد، لذا در برنامه ریزی های آموزشی ضرورت تأکید بر این نکته حائز اهمیت می باشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از طرح تحقیقاتی "بررسی نگرش پرستاران و پزشکان بخش های ویژه بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد در ارتباط با اتانازی"، مصوب دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد در سال 1391 و کد 2309 است که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد اجرا شده است، لذا از معاونت پژوهشی دانشگاه که هزینه این طرح را تقبل نمودند کمال تشکر را داریم. همچنین از

نتایج نشان داد که بین پذیرش اتانازی با اتانازی فعال و غیرفعال، رابطه معنی داری وجود دارد و همچنین بین اتانازی فعال با اتانازی غیرفعال رابطه معنی دار دیده شد، یعنی این که هرکس اتانازی فعال و غیرفعال را قبول داشته نسبت به پذیرش اتانازی نیز دارای نگرش مثبت بوده است.

می توان در توجیه آن چنین گفت که خواه فرد به صورت فعال و خواه به صورت غیرفعال و با رد درمان برای اتانازی اقدام کند نشان دهنده این است که نگرش مثبتی به پذیرش اتانازی دارد و در واقع تا زمانی که فردی نسبت به عملی نگرش مثبت نداشته باشد در راستای آن عمل، گام بر نمی دارد.

رابطه بین پاسخ به سؤال اول معمای واگن و نگرش مثبت به اتانازی معنی دار بود. پاسخ به معمای واگن در واقع قضاوت بین کشتن و اجازه دادن به مرگ است و مخالفت بیشتر با اقدام کشتن تأییدی بر تفاوت اخلاقی بین کشتن و اجازه مرگ دادن است.

نتایج پاسخ به معمای واگن نشان داد که پاسخ دهندگان حتی در جایی که کشتن یک نفر به نجات جان چند نفر می انجامد آن را بر اجازه مردن ترجیح ندادند.

معمای واگن، امکان تفکیک دو الگوی قضاوت سودمدارانه و اخلاق مدارانه را فراهم می کند. سودمداران بر این باورند که پیامد، ارزش عمل را مشخص می کند و اخلاق مداران معتقدند که قواعد اخلاقی، مبتنی بر پیامدها نیستند. ترجیح کشتن یک نفر برای این که پیامد آن نجات جان پنج نفر است، مبتنی بر قضاوت سودمدارانه یا غایت گرایانه است [11]. در مطالعه حاضر، افراد بیشتر اخلاقی عمل کرده اند تا سودمدارانه.

از جمله محدودیت های این پژوهش می توان به مقطعی بودن مطالعه و تعداد کم نمونه اشاره کرد و پیشنهاد می شود جهت افزایش تعمیم پذیری نتایج، مطالعه مشابهی با تعداد نمونه بیشتر و در چندین مرکز آموزشی-درمانی و حتی در مقایسه با سایر استان ها صورت گیرد.

به علاوه در مطالعه حاضر نقش عوامل مربوط به کارکنان مثل کیفیت زندگی، وضعیت اقتصادی و غیره در نگرش نسبت به اتانازی مورد بررسی قرار نگرفت؛ لذا پیشنهاد می شود در مطالعات بعدی این عوامل در نظر گرفته شوند.

آقای آقابابایی برای در اختیار گزاردن پرسشنامه استاندارد شده و پرستاران و پزشکان محترم بخش های مراقبت ویژه بیمارستان های شهر یزد سپاسگزاریم.

References

1. 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.[Persian]
2. 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. [Persian]
3. Oduncu FS. Euthanasia: Killing as due care? *Wiener Medizinische Wochenschrift* 2003;153(17-18):387-91.
4. Sachedina A. End-of-life: the Islamic view. *The lancet*. 2005;366(9487):774-9.
5. Aramesh K, Shadi H. Euthanasia: an Islamic ethical perspective. *Iran J Allergy Asthma Immunol* February 2007;6(Suppl 5):35-8.
6. Hasan zadeh Hadad A, Rastegari H, Sedaghat M, Saiedi Tehrani S, Aramesh K. Attitude of patients toward euthanasia in Tehran University of Medical Sciences hospitals. *Journal of medical ethics and history* 2011; 4(1): 33-41. [Persian]
7. Tavoasian A, Sedaghat M, Aramesh K. Euthanasia: assessment of medical student; perspective . *Journal of medical ethics and history* 2010; 3(1): 43-52. [Persian]
8. 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. [Persian]
9. Quran. anam151.
10. Mahmoodian F, Yosefi Manesh H, Behnam M, Karami M. Comparison of pros and cons euthanasia. *Journal of medical ethics and history* 2009; 2(3): 14-26. [Persian]
11. Aghababi N, Hatami J, Rostami R. The role of individual characteristics and judgment pattern in attitude toward euthanasia. *Journal of Critical Care Nursing* 2001; 4(1): 23-32. [Persian]
12. Aghababae N. Trolley dilemma and its implication in active and passive euthanasia. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine* 2011;4(2):65-72. [Persian]
13. 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): 71-4.
14. 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): 1902-10.
15. Rurup ML, Onwuteaka-Philipsen BD, Wal Gvd, Heide Avd, Maas PJvD. 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 studies* 2005;29(6):519-34.
16. Moghadas T, Momeni M, Baghahi M, Ahmadi S. Special care nurses' attitudes about euthanasia. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine* 2012; 5(4): 79-86. [Persian]
17. Gielen J, Van den Branden S, van Iersel T, Broeckeaert B. Flemish palliative care nurses' attitudes toward euthanasia: a quantitative study. *International journal of palliative nursing* 2009;15(10):488-97.

Survey of The Attitudes of nurses and physicians in the Intensive Care Units about Euthanasia in the University Hospitals of Yazd- 2012

Vakili¹ M, Delavar S², Karimian kakolaki Z^{3*}, Fotuhi E⁴

1-Asistant Professor in community medicine ,Shahid Sadoughi University of Medical Sciences ,Yazd, Iran

2- Student in Critical Care Nursing, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences ,Yazd, Iran

3- MSc, Health Education Dept, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences ,Yazd, Iran * (Corresponding Author)

Email: zohrehkarimian68@yahoo.com Tel:09132366910

4- BS, Public Health Dept. Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

Received: 23 June 2014

Accepted: 16 November 2014

Introduction: Euthanasia means mercy killing, nurses and physicians of intensive care units are often the first people who are encountered with the request for euthanasia from the patients. The purpose of this study was to investigate the attitudes of nurses and physicians in the intensive care units toward euthanasia in the university hospitals of Yazd.

Materials and Methods: This cross - sectional analytic study was performed on a random sample of 110 nurses and physicians of intensive care units. Data was collected by the use of a standard self-reported questionnaire consisting of 4 parts: demographics, admission of active and passive euthanasia, Trolley Dilemma and measure of attitudes to euthanasia. The reliability of the questionnaire in Aghababaei study was verified with alpha 0.88. Collected data was analyzed using SPSS18 software by t-test, ANOVA, χ^2 , the correlation coefficient and regression.

Results: The mean of the attitude towards euthanasia was 45.05 ± 15.48 . Eighty nine was the highest scores and 24 was the lowest score. Distribution of attitudes toward euthanasia showed undesirable (negative) attitude to euthanasia with 60.9% as the highest frequency. The mean of the attitude score showed significant differences based on age, the time of service in the ICU ward, the service records and gender. The attitude scale was consistent with the Trolley Dilemma acceptance of active and passive euthanasia.

Conclusion: According to the results, the general attitudes toward euthanasia were undesirable. However, considering easier acceptance of the men as well as the more experienced personnel towards euthanasia, training programs must be designed and implemented in order to increase the knowledge and improve the attitudes and morale of the personnel and increase their patience and tolerance.

Keywords: Attitude, Euthanasia, Nurses, Physicians, Intensive care units

Please cite this article as follows:

Vakili M, Delavar S, Karimiankakolaki Z, Fotuhi E. Attitudes of nurses and physicians in intensive care units toward euthanasia in university hospitals in Yazd- 2012. Community Health journal 2014; 7(4): 1-9.

Funding: This research was funded by Shahid Sadoughi University of Medical Sciences.

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences approved the Study.