

مقاله اصلی

بررسی نگرش و تعیین میزان آگاهی دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز در مورد یوتانازی

تاریخ دریافت: ۹۷/۰۳/۱۳ - تاریخ پذیرش: ۹۷/۰۸/۱۵

خلاصه

مقدمه

این مطالعه به منظور بررسی آگاهی و نگرش دانشجویان پزشکی شیراز در خصوص یوتانازی و شناخت نقاط قوت و ضعف آموزش آنها در این زمینه انجام شده است.

روش کار

در یک مطالعه مقطعی طی پاییز و زمستان ۱۳۹۴ از دانشجویان پزشکی شیراز در مقاطع مختلف درخواست شد در صورت تمایل در این طرح شرکت کنند. پرسشنامه مورد استفاده اکتباسی از پرسشنامه سه پژوهش خارجی بود که پس از ترجمه فارسی و با روش پسرو، پیشرو مورد استفاده قرار گرفت.

نتایج

میزان پاسخدهی ۸۸/۳۶٪ و اعتبار پرسشنامه براساس آلفای کرونباخ (a=۰/۷۲) بود. بیشترین مشکل دانشجویان در تشخیص یوتانازی فعال غیر آگاهانه بود. ۶۷/۲٪ دانشجویان در تمامی مقاطع تحصیلی نتوانسته بودند موارد غیر مجاز برای انتخاب در بیمار بدحال را به درستی تشخیص دهند. ۸۴/۹٪ موافق تصویب قانونی در خصوص معرفی موارد مجاز یوتانازی بودند، با اینحال ۶۲/۴٪ نگران سوء استفاده برخی افراد از چنین قوانینی بودند. ۷۷/۶٪ دانشجویان موافق یوتانازی در مورد خود در شرایط خاص پزشکی بودند. در مجموع، ۶۶/۷٪ از دانشجویان معتقد بودند با کمک طب تسکینی و بهبود بخشی علائم بیمار، امکان بهبود کیفیت زندگی وی وجود دارد.

نتیجه گیری

به نظر می رسد یکی از علل میزان نسبتاً بالای توافق برای انجام نوعی از یوتانازی عدم آگاهی کافی از پیشرفتهای حاصله در طب تسکینی و بهبود کیفیت حیات بیمار پیش از مرگ، می باشد.

کلمات کلیدی

یوتانازی، خودآیینی، طب تسکینی، آموزش پزشکی
پی نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می باشد.

حسین صناعی زاده^۱

محمد رضا شیخ فندرسکی^۲

سید مهدی مرعشی^{۳*}

۱- دانشیار و متخصص پزشکی قانونی و مسمومیت ها، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران
۲- کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

۳- متخصص پزشکی قانونی و مسمومیت ها، موسسه عالی آموزشی و پژوهشی طب انتقال خون، مرکز تحقیقات انتقال خون ایران، تهران، ایران

* موسسه عالی آموزشی و پژوهشی طب انتقال خون، مرکز تحقیقات انتقال خون ایران، تهران، ایران
تلفن: ۰۹۱۷۹۱۶۷۴۳۸

Email: marashi@sums.ac.ir

مقدمه

امروزه با توجه به پیشرفت‌های قابل توجه در علم مراقبت‌های ویژه، امکان کمک به بیماران بسیار بدحال فراهم شده و این امر سبب افزایش طول عمر در مواردی با پیش آگهی بسیار ضعیف شده است. از این رو تصمیم‌گیری در مورد مسائل پایان حیات به یکی از چالش‌های پیش روی پزشکان تبدیل شده است (۲-۱).

در بسیاری از موارد چنین بیمارانی بدون امید به بهبودی، متحمل درد و رنج فراوان شده و هزینه‌های بسیاری نیز به خانواده یا نظام سلامت تحمیل می‌گردد. لذا طی دهه‌های اخیر بحث مرگ آسان یا یوتانازی با هدف خاتمه دادن به دردهای بیمار و بهبود کیفیت زندگی در مراحل پایانی مطرح گردیده (۳-۵) و حتی امروزه در کشورهایی مانند سوئد، نروژ، دانمارک، لوگزامبورگ، هلند، بلژیک و برخی از ایالت‌های امریکا قوانینی برای انجام یوتانازی تصویب شده است (۶-۷). در مقابل قوانین بسیاری کشورها در این زمینه سکوت کرده و در برخی کشورها نیز مانند لهستان انجام یوتانازی غیر قانونی اعلام شده است (۸).

هرچند در بسیاری مکاتب اخلاق پزشکی نوین با در نظر گرفتن اصل خودآیینی (اتونومی)، توجه به خواست بیماران در چنین مواردی مد نظر بوده (۹)، باید در نظر داشت برخی از انواع یوتانازی از نظر اخلاق پزشکی اسلامی مورد تایید نیست (۷، ۲). تقسیم بندی مطرح شده برای یوتانازی شامل یوتانازی فعال (داوطلبانه و غیرداوطلبانه) و یوتانازی غیرفعال (داوطلبانه و غیرداوطلبانه) می‌باشد (۲). در یوتانازی فعال داوطلبانه، تزریق آگاهانه‌ی دارو یا انجام اقدامات دیگر منجر به پایان دادن به زندگی بیمار خواهد شد. در این نوع، بیمار درد و رنجی غیر قابل تحمل داشته و انجام یوتانازی با تصمیم و رضایت آگاهانه خود وی خواهد بود. در یوتانازی غیرداوطلبانه نیز تزریق آگاهانه دارو یا سایر اقدامات منجر به پایان دادن به زندگی فردی می‌شود، که توانایی یا صلاحیت تصمیم‌گیری در این مورد را نداشته باشد (مانند بیماری که در کماست یا دچار وضعیت نباتی شده) و قاضی یا خانواده وی تصمیم گیرنده

هستند (۱۰). البته باید در نظر داشت با توجه به آموزه‌های دینی اسلامی هر دو نوع یوتانازی فعال غیر مجاز شمرده می‌شود (۷). در مقابل یوتانازی غیر فعال داوطلبانه به معنی عدم شروع درمان‌های لازم برای کمک به ادامه حیات با تصمیم و رضایت آگاهانه بیمار می‌باشد. در مقابل یوتانازی غیرفعال غیرداوطلبانه به شرایطی گفته می‌شود که تغذیه وریدی یا داروی بیماری که بر اساس علم روز پزشکی امیدی به ادامه حیاتش نیست قطع شده و یا با تغییر وضعیت بالینی، داروی جدید برایش شروع نمی‌شود (۱۰). به نظر می‌رسد با توجه به آموزه‌های دینی اسلامی، بمنظور اولویت بندی در امر درمان، عدم ارایه برخی خدمات پزشکی مشقت بار با فایده اندک برای بیمار امکان پذیر باشد.

مطالعات نشان می‌دهد مردم غالباً تصور می‌کنند چنانچه موانع قانونی انجام یوتانازی برطرف گردد، این پزشکان خواهند بود که در نهایت تصمیم گیرنده هستند؛ فلذا به نظر می‌رسد در این خصوص بیان نظرات پزشکان و دانشجویان پزشکی که در آینده عهده دار امر درمان بیماران خواهند شد از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (۱۱).

با توجه به اینکه در کشور ما تا کنون قانونی در خصوص یوتانازی به تصویب نرسیده، و از سویی در کوریکولوم مدون پزشکی آموزش جامعی در این زمینه پیش بینی نشده است، مطالعه حاضر بمنظور بررسی نگرش و تعیین میزان آگاهی دانشجویان پزشکی شاغل در مقاطع مختلف تحصیلی دانشگاه علوم پزشکی شیراز در خصوص انواع یوتانازی و شناخت نقاط قوت و ضعف آموزش آنها در این زمینه پیشنهاد شده است.

روش کار

این مطالعه از نوع توصیفی و به صورت بررسی مقطعی انجام گرفته است. جمعیت مورد مطالعه را کلیه دانشجویان پزشکی عمومی شاغل در دانشگاه علوم پزشکی شیراز از مهر ۱۳۹۴ تا اسفند ۱۳۹۴ تشکیل می‌داد. در این مطالعه نگرش دانشجویان پزشکی در مقاطع سال اول کار آموزشی، سال دوم کارآموزی و کارورزی در خصوص یوتانازی مورد ارزیابی قرار گرفت.

پرسشنامه کرده، وارد مطالعه شدند. مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان در مطالعه در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱- مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان در مطالعه

مشخصه	گروه‌ها	تعداد	درصد
جنس	مذکر	۱۴۲	۳۹/۸
	مونث	۲۱۵	۶۰/۲
مقطع تحصیلی	سال اول کارآموزی	۶۹	۱۹/۳
	سال دوم کارآموزی	۱۰۲	۲۸/۶
گذراندن واحد اخلاق پزشکی	کارورزی	۱۸۶	۵۱/۲
	خیر	۴۰	۱۱/۲
	بله	۳۱۷	۸۸/۸
مذهب	سنی	۹	۲/۵
	شیعه	۳۴۸	۹۷/۵
مطالعه در زمینه یوتونازی	نداشته	۱۱	۳/۱
	داشته	۳۴۶	۹۶/۹
سن به سال			
(انحراف معیار ± میانگین)			
۲۳/۸۴ ± (۱/۳۰)			

در این مطالعه ۴ سناریو با اقتباس از مطالعه ماترستودت (۱۳) بمنظور بررسی شناخت صحیح انواع یوتونازی در دانشجویان در قالب سوالات ۸ تا ۱۱ پرسشنامه ارایه شد. کمترین میزان شناخت مربوط به یوتونازی فعال غیر آگاهانه بود. همچنین اطلاعات دانشجویان سال اول کارآموزی بطور معنی داری کمتر از دو گروه دیگر بود ($p=0/01$). با اینحال تفاوت شناخت یوتونازی در دانشجویان مقاطع مختلف در مورد یوتونازی فعال آگاهانه از نظر آماری معنی دار نبود. جدول ۲ فراوانی نسبی شناخت صحیح انواع یوتونازی را بر حسب مقطع تحصیلی دانشجویان پزشکی نشان می دهد.

جدول ۲- فراوانی نسبی شناخت صحیح انواع یوتونازی بر حسب مقطع تحصیلی

P-value	جمع	سال اول سال دوم کارورزی					
		کارآموزی	کارآموزی	کارورزی	جمع		
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۰/۰۸	۶۶/۲	۲۳۱	۷۱/۵	۱۳۳	۶۰/۸	۶۲	۵۹/۰
۰/۰۱	۴۴/۱	۱۵۴	۴۷/۸	۸۹	۴۸/۰	۴۹	۲۶/۲
۰/۵۰	۶۳/۳	۲۲۱	۶۲/۴	۱۱۶	۶۷/۶	۶۹	۵۹/۰
۰/۱۷	۶۳/۹	۲۲۸	۶۸/۸	۱۲۸	۶۴/۷	۶۶	۵۵/۷

با مراجعه به بخش های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز، از تمامی دانشجویان در حال تحصیل درخواست شد در صورت تمایل در مطالعه حاضر شرکت کنند. جمع آوری اطلاعات از طریق فرم پرسشنامه ای دو قسمتی انجام گرفت. بخش اول مربوط به اطلاعات دموگرافیک شرکت کننده و بخش دوم اقتباسی از ترجمه فارسی بخشی از پرسشنامه مورد استفاده در پژوهش کلمنس (۶)، آدچالینگمن (۱۲) و ماترستودت (۱۳) بود که پس از ترجمه فارسی و با روش پسرو، پیشرو (-Forward backward) جهت انجام پژوهش مشابه مورد استفاده قرار گرفت. در طراحی این پرسشنامه ۴ سوال باز با هدف ارزیابی شناخت صحیح انواع یوتونازی در جامعه مورد بررسی، یک سوال با امکان انتخاب چند پاسخ صحیح بمنظور ارزیابی موارد مجاز یوتونازی در خصوص بیمار در مراحل پایانی حیات، یک سوال با امکان انتخاب چند پاسخ صحیح بمنظور ارزیابی موارد مورد لزوم تصویب قانون برای تعریف انواع مجاز یوتونازی در کشور، یک سوال با امکان انتخاب چند پاسخ صحیح بمنظور ارزیابی نگرانیهای دانشجویان پزشکی در صورت تصویب قانون مربوط به یوتونازی، دو سوال در خصوص نگرش دانشجویان پزشکی نسبت به اعمال یوتونازی در مورد خودشان در صورت ابتلا به بیماری غیر قابل علاج و در شرایط خاص و یک سوال بمنظور ارزیابی نگرش دانشجویان پزشکی نسبت به کاربرد طب تسکینی و کاستن از درخواست یوتونازی توسط بیمار یا خانواده وی طراحی شده بود. فرم پرسشنامه در ضمیمه شماره ۱، پیوست شده است. بمنظور ارزیابی پایایی پرسشنامه بین ۱۵ نفر از کارورزی های دانشگاه علوم پزشکی شیراز مورد آزمون قرار گرفت و اعتبار آن توسط آزمون پایایی آلفای کرونباخ بررسی شد. اطلاعات بدست آمده در مرحله آنالیز آماری تحت نرم افزار SPSS 21 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و آنالیز آماری با استفاده از t-test، و تست X^2 مورد تحلیل قرار گرفت.

نتایج

در این بررسی از ۴۰۴ دانشجوی پزشکی در مقاطع مختلف که دریافت پرسشنامه را پذیرفته بودند، ۳۵۷ مورد اقدام به تکمیل

پزشکی و اسلامی معنی نداشتند. لازم بود دانشجویان مواردی را که بنظرشان مجاز نیست انتخاب کنند. در هر مورد دانشجویان مجاز بودند نسبت به انتخاب بیش از یک مورد نیز اقدام کنند (جدول ۳).

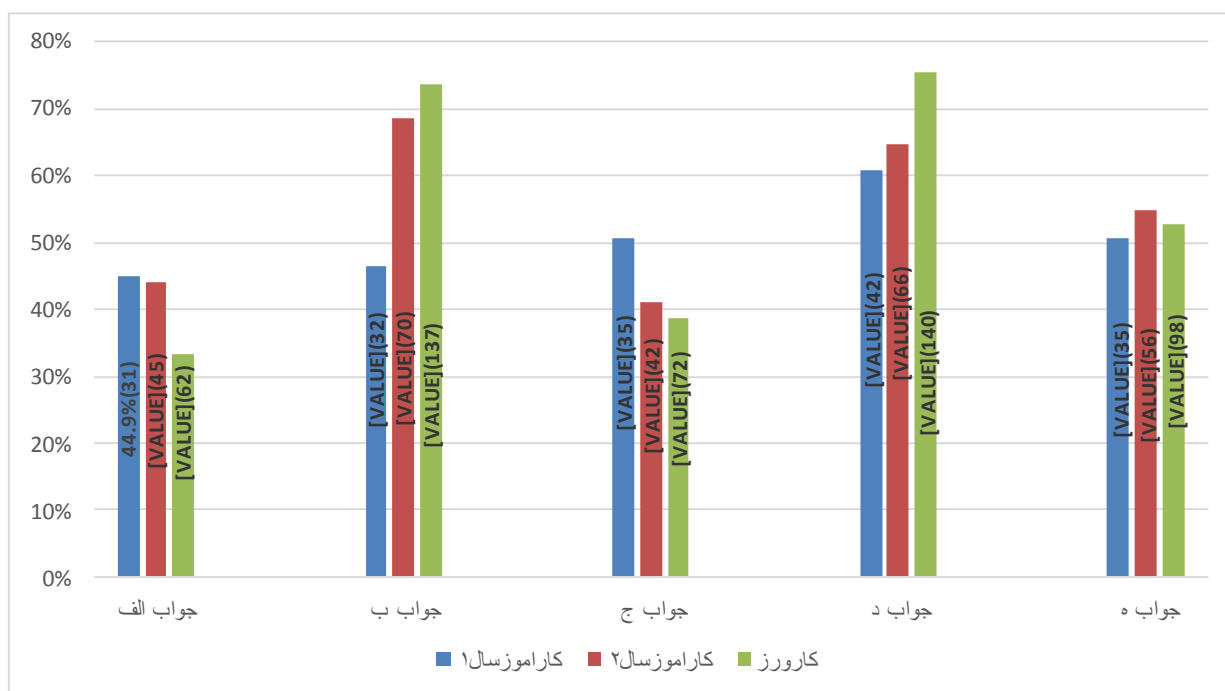
سناریو مربوط به سوال ۱۲ بمنظور ارزیابی آشنایی دانشجویان با موارد مجاز یوتانازی بر اساس آموزه‌های دینی و اخلاق پزشکی در نظر گرفته شد. گزینه "د" معرف یوتانازی فعال، گزینه "ب" معرف خودکشی به کمک پزشک بود که هر دو از نظر اخلاق پزشکی و اسلامی مردود هستند. سایر موارد از نظر اخلاق

جدول ۳- فراوانی نسبی آشنایی با موارد غیر مجاز در اقدام به یوتانازی بر حسب مقطع تحصیلی

P-value	مجموع		کارورز		سال دوم کارآموزی		سال اول کارآموزی		
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۰/۰۹۴	۲۱/۳	۷۶	۲۴/۲	۴۵	۲۰/۵	۲۱	۱۴/۴	۱۰	اشاره به حداقل یکی از موارد غیر مجاز بطور صحیح
۰/۲۲۸	۶۷/۲	۲۴۰	۶۸/۸	۱۲۸	۶۹/۶	۷۱	۵۹/۴	۴۱	اشاره همزمان به موارد مجاز و غیر مجاز
۰/۰۰۰	۱۱/۵	۴۱	۷	۱۳	۹/۸	۱۰	۲۶/۱	۱۸	پاسخ به سایر گزینه‌ها و اشاره به موارد مجاز

اقداماتی که نباید برای بیمار انجام شود، اشاره به برخی اقدامات مجاز کرده بودند. با افزایش تجربه بالینی دانشجویان از میزان این خطا بطور معنی داری کاسته شده است ($p=۰/۰۱$). نمودار ۱ فراوانی انتخاب هر یک از گزینه‌های مورد نظر دانشجویان در خصوص موارد غیر مجاز یوتانازی را نشان می‌دهد.

اغلب دانشجویان در تمامی مقاطع تحصیلی (۶۷/۲٪) همزمان اشاره به موارد مجاز و غیر مجاز کرده بودند و تفاوت معنی داری میان گروه‌های مختلف تحصیلی دیده نشد. همچنین در مجموع ۷۶ نفر (۲۱/۳٪) بطور صحیح اشاره به حداقل یکی از موارد اقدامات غیر مجاز در روند درمان کرده بودند، که علیرغم آشنایی کمتر سال اول کارآموزی‌ها، این تفاوت از نظر آماری معنی دار نبود. از سوی دیگر ۴۱ مورد (۱۱/۵٪) به اشتباه بجای



نمودار ۱- فراوانی انتخاب هر یک از گزینه‌های مورد نظر دانشجویان در خصوص موارد غیر مجاز یوتانازی

الف- عدم تجویز اینترالیبید و وی-پروتئین بمنظور تامین و جبران کمبودهای تغذیه ای

ب- در اختیار قرار دادن مقادیر زیاد آمپول مورفین تا در صورت تمایل توسط خود بیمار بمنظور خاتمه به زندگی استفاده شود

ج- عدم شروع داروی جدیدی که برای درمان سل ریوی به تازگی به بازار معرفی شده است

د- تزریق پتاسیم وریدی با سرعت بالا بمنظور خاتمه حیات توسط کادر درمان

ه- عدم شروع عملیات احیا قلبی ریوی در صورت بروز مجدد ایست قلبی علیرغم درخواست خانواده بیمار

مجموعاً ۲۳۹ مورد (۶۶/۹٪) دانشجویان گزینه "ب" که مطرح

کننده خودکشی به کمک پزشک بوده، و ۲۴۸ مورد (۶۹/۵٪)

گزینه "د" را که مطرح کننده یوتانازی فعال بود، را انتخاب

کرده بودند. با اینحال تنها ۱۷۱ مورد (۴۷/۹٪) همزمان هر دو

مورد را بعنوان شرایط غیر مجاز انتخاب کرده بودند.

اغلب دانشجویان (۸۴/۹٪) موافق با تصویب قانونی در خصوص

معرفی موارد مجاز یوتانازی بودند. همچنین بیشترین میزان عدم

موافقت با تصویب قانون در این زمینه مربوط به سال اول

کارآموزی بود که در ۲۶/۱٪ موارد موافق با تصویب چنین

قانونی نبودند. این در حالی است که با کسب تجربه بالینی، تنها

۱۲/۷٪ دانشجویان سال دوم کارآموزی و ۱۲/۴٪ کارورزها

موافق تصویب چنین قانونی نبودند و این تفاوتها از نظر آماری

معنی دار بود (p=۰/۰۱۶).

از ۳۵۷ نفر، ۳۰۳ دانشجو موافق لزوم تصویب قانون یوتانازی در

موارد خاص بودند. اغلب دانشجویان (۹۱/۴٪) موافق تصویب

قانون عدم احیا در شرایط خاص بودند که البته تفاوت معنی

داری میان گروههای مختلف تحصیلی در این زمینه دیده نشد.

در این میان بیشترین موافقت با تصویب قانون در این زمینه در

صورت درخواست بیمار بود که در ۷۰/۶٪ موارد گزارش شد.

همچنین ۵۱/۸٪ موافق تصویب قانون برای عدم انجام عملیات

احیا به درخواست خانواده و ۴۴/۹٪ با تصمیم پزشک بودند. با

اینحال تنها ۳۱٪ دانشجویان موافق تصویب قانون جهت امکان

قطع درمانهای حمایتی برای بیماران با پیش آگهی نامطلوب

بودند که البته با افزایش تجربه بالینی این میزان بطور معنی داری

افزایش می‌یافت، بطوریکه ۲۳/۵ درصد سال اول کارآموزی ها،

۲۵/۸ درصد سال دوم کارآموزی ها و ۳۶/۲٪ کارورزی ها با

این موضوع موافق بودند (p=۰/۴۴). تنها تعداد کمی از

دانشجویان (۲۵/۷٪) موافق قطع داروهای موثر در بهبود برخی

عوارض در بیماران با پیش آگهی نامطلوب بودند که این تفاوت

نیز میان گروههای مختلف دانشجویان از نظر آماری معنی دار نبود.

اغلب دانشجویان (۶۲/۴٪) در صورت تصویب قانون در این

زمینه نگران سوء استفاده برخی افراد از قوانین بودند که البته

تفاوت معنی داری میان دانشجویان در مقاطع مختلف تحصیلی

در این زمینه دیده نشد. با اینحال ۴۳/۳٪ نگرانی خود را از اعمال

سلیقه شخصی توسط پزشکان در انتخاب بیمار عنوان کرده

بودند، که این مورد با افزایش تجربه بالینی دانشجویان رابطه

معکوس داشت، بطوریکه ۵۶/۶٪ کارآموزان سال اول، ۴۸/۳٪

کارآموزان سال دوم و تنها ۳۶/۲٪ کارورزها از این بابت اظهار

نگرانی کرده بودند (p=۰/۰۱۸). نکته قابل توجه دیگر نگرانی

۳۷/۳٪ از دانشجویان از تصمیم گیری بر اساس وضعیت مالی

بیمار بود که بیش از همه (۵۶/۹٪) توسط سال اول کارآموزی

ها گزارش شد. با اینحال سال دوم کارآموزی ها تنها در ۲۱/۳٪

موارد نگرانی خود را از این موضوع ابراز داشتند، هرچند این

مساله از نظر کارورزی ها دارای اهمیت بیشتری بوده، بطوریکه

۳۹/۹٪ از آنها نگرانی خود را در این زمینه ابراز کرده بودند

(p=۰/۰۰۰).

اغلب دانشجویان (۷۷/۶٪) در تمامی مقاطع تحصیلی موافق

اعمال یوتانازی در مورد خود در شرایط خاص پزشکی بودند. از

این دانشجویان، در اغلب موارد (۴۹/۱٪) تجویز داروی مخدر

بمنظور القاء خواب عمیق و بی دردی تا زمان خاتمه حیات را

ترجیح داده و بعد از آن تمایل خود به تجویز داروی مخدر با

دوز بالا بمنظور تسریع مرگ بدون درد را گزارش کرده بودند

(۳۲/۵٪). با اینحال تنها تعداد اندکی (۱۸/۴٪) از دانشجویان

در تمامی مقاطع تحصیلی ختم درمانهای نگهدارنده را بعنوان

شیوه مورد قبول برای اعمال یوتانازی در مورد خود گزارش

کرده بودند.

عوارض در بیماران با پیش آگهی نامطلوب هستند. البته، اغلب دانشجویان نگران سوء استفاده برخی افراد از قوانین و اعمال سلیقه شخصی توسط پزشکان در انتخاب بیمار، بودند.

با اینحال این بررسی نشان داد میزان آگاهی دانشجویان پزشکی نسبت به مساله یوتانازی بخصوص نوع یوتانازی فعال غیر آگاهانه آن، کم است. علیرغم منع قانونی خودکشی به کمک پزشک و یوتانازی فعال در ایران (۱۴)، حدود یک دهم دانشجویان متوجه این مساله نیستند. نکته مهم دیگر نگرش منفی حدود یک سوم دانشجویان نسبت به درمان‌های تسکینی در بیماران مشرف به مرگ است. به نظر می‌رسد گنجاندن دوره آموزشی در زمینه کنترل درد و علائم آزار دهنده در مراقبت از بیماران مرحله پایانی حیات مطابق با شیوه‌های استاندارد طب تسکینی بمنظور حمایت کافی از بیمار تا زمانی که زنده است، می‌تواند در ارائه بهتر خدمات درمانی به این بیماران موثر باشد. در این مطالعه با افزایش تجربه بالینی، میزان شناخت دانشجویان از اقدامات مجاز و غیر مجاز بیشتر می‌شد. مطالعه کلمنس (۶) نشان داد با گذراندن دوره‌ی کمک درسی طب تسکینی (PMT) نگرش منفی نسبت به یوتانازی فعال ایجاد شده است. این در حالی است که در مطالعه ما بیشتر از نیمی از دانشجویان معتقد بودند که کنترل درد و علائم آزار دهنده بیماران به تنهایی هیچ تفاوتی با انجام یوتانازی ندارد.

در این بررسی اغلب دانشجویان در تمامی مقاطع تحصیلی موافق اعمال یوتانازی در مورد خود در شرایط خاص پزشکی بودند. اکثر این دانشجویان تجویز داروی مخدر بمنظور القاء خواب عمیق و بی‌دردی تا زمان خاتمه حیات را ترجیح می‌دهند و بعد از آن تجویز داروی مخدر با دوز بالا بمنظور تسریع مرگ بدون درد را انتخاب می‌کنند. درد غیر قابل تحمل، علائم بالینی غیر قابل تحمل، وابستگی شدید به دیگران برای انجام امور اولیه زندگی و هزینه‌های سنگین بیماری برای خانواده، دلایلی است که این دانشجویان برای تمایل به یوتانازی در مورد خود، گزارش کردند. در مقابل در مطالعه کلمنس (۶) اغلب دانشجویان ابتلا به درد و رنج غیر قابل تحمل و از بین رفتن

در مجموع، ۶۶/۷٪ از دانشجویان نگرش مثبتی نسبت به کاربرد طب تسکینی داشتند که با افزایش تجربه بالینی دانشجویان، بهبود در این نگرش دیده می‌شد، بطوریکه ۵۶/۵٪ دانشجویان سال اول کارآموزی، ۶۶/۷٪ سال دوم کارآموزی و ۷۰/۴٪ کارورزها نگرش مثبتی به کاربرد طب تسکینی داشتند و معتقد بودند با کمک طب تسکینی و بهبود بخشی علائم بیمار، امکان بهبود کیفیت زندگی وی وجود دارد.

در ۵۶/۳٪ موارد دانشجویان معتقد بودند که تنها کنترل درد و علائم آزار دهنده بیماران در مراحل پایانی حیات هیچ تفاوتی با انجام یوتانازی ندارد و در ۴۳/۷٪ موارد معتقد بودند از آنجا که موارد بسیار دیگری در این بیماران ممکن است سبب انتخاب یوتانازی باشد، تنها کنترل درد و علائم آزار دهنده نمی‌تواند در کاهش تمایل پزشکان، بیمار و خانواده وی در انتخاب یوتانازی کمک کننده باشد.

بحث و نتیجه گیری

تاکنون مطالعات مختلفی در زمینه بررسی میزان آگاهی و نگرش دانشجویان پزشکی در خصوص یوتانازی در نقاط مختلف دنیا انجام شده است که البته غالباً مطالعات انجام شده از کشورهای اسلامی به ارایه گزارش آماری جمعیتی اکتفا کرده، تنها تعداد اندکی از آنها به شرایط قانونی شدن و نگرانیهای موجود در این زمینه پرداخته است.

هرچند در کشور ما تا کنون قانونی در زمینه یوتانازی وضع نشده، مواردی مانند قطع درمانهای غیر ضروری که سبب بهبود بیماری زمینه ای نمی‌شود و تنها ممکن است مرگ بیمار را مدتی به تعویق اندازد، منع قانونی ندارد. باید در نظر داشت اصول اخلاقی حاکم، اعتقادات، شرایط اجتماعی، فرهنگی و قانونی در میزان موافقت پزشکان در کشورهای مختلف با مساله یوتانازی موثر است.

مطالعه حاضر نشان داد اغلب دانشجویان موافق تصویب قانون و تعیین مصادیق مجاز یوتانازی غیر فعال مانند تصویب قانون عدم احیا در شرایط خاص به درخواست بیمار یا درخواست خانواده یا به تصمیم پزشک، امکان قطع درمانهای حمایتی برای بیماران با پیش آگهی نامطلوب و قطع داروهای موثر در بهبود برخی

کافی پزشکان از پیشرفتهای حاصله در طب تسکینی و بهبود کیفیت حیات بیمار پیش از مرگ، می‌باشد.

نگاهی بر مساله یوتانازی از منظر فقه و قوانین جاری در کشور
از نگاه مقام معظم رهبری در میان انواع مختلف یوتانازی، تنها نوع انفعالی یعنی خودداری از ادامه درمان جهت زنده نگه داشتن بیمار محض مجاز شمرده شده، و در عین حال ایشان تصریح می‌نمایند هر کاری که موجب مرگ بیمار باشد (مانند تجویز داروی کشنده یا در دسترس قرار دادن مقادیر زیاد دارو برای اینکه بیمار شخصا به زندگی پرنج خود خاتمه دهد) جایز نیست. نکته قابل تامل اینکه ایشان اقدام به یوتانازی بمنظور کوتاه کردن مدت درد و رنج بیمار لاعلاج، حتی با اجازه سرپرست بیمار را بعنوان قتل نفس شناخته، مجاز نمی‌دانند و در صورت ارتکاب قتل، قصاص یا دیه آن را واجب می‌دانند. حتی در مورد بیماران مرگ مغزی که تنها قلب بیمار فعالیت حرکتی دارد نیز ارتکاب قتل را موجب دیه کامل دانسته، قطع دستگاههای حمایتی برای ادامه حیات وی را مجاز نمی‌دانند (۱۶).

اما نظریه مشورتی اداره کل حقوقی قوه قضائیه مبنی بر انجام عمل پیوند اعضا از بیماران دچار مرگ مغزی این است که، چنانچه مرگ مغزی فرد توسط تیم پزشکی به تایید رسیده باشد، مرده محسوب شده، طبق قانون پیوند اعضای بیماران فوت شده یا بیمارانی که مرگ مغزی آنان مسلم است، اجابت درخواست خانواده متوفی برای اهدا اعضای بدن وی منع قانونی ندارد (۱۷).

تقدیر و تشکر

مقاله حاضر حاصل پایان نامه دانشجویی نویسنده دوم مقاله با کد ۹۴-۰۱-۰۱-۹۵۷۴ می‌باشد که با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی شیراز انجام شده است.

عزت نفس را بعنوان معیارهای اصلی انتخاب یوتونازی فعال معرفی کرده بودند.

در این مطالعه اغلب دانشجویان در تمامی مقاطع تحصیلی نگران سوء استفاده برخی افراد از قوانین، در صورت تصویب قانون در ایران بودند. آدچالینگام و همکاران (۱۲) در مطالعه خود نشان دادند تنها ۳۲٪ موافق قانونی شدن اوتانازی در مالزی بودند. با اینحال ۶۱٪ شرکت کنندگان معتقد بودند به عنوان یک پزشک حتی در صورت تصویب قانون در این زمینه اوتونازی را برای بیمارشان انتخاب نخواهند کرد. این مطالعه نشان داد نگرانی اصلی در مورد یوتونازی، امکان سوء استفاده از این موضوع توسط پزشکانی است که پاینده مسایل اخلاقی نیستند که با نتایج حاصل از مطالعه ما همخوانی دارد. لپرت و همکاران (۸) نیز نشان دادند اغلب دانشجویان پزشکی و دستیاران بیماریهای داخلی در لهستان معتقدند هیچ گاه برای بیمار تصمیم به انجام یوتونازی نخواهند گرفت و بیش از ۶۵٪ دانشجویان و ۷۵٪ دستیاران مخالف قانونی شدن یوتانازی هستند. با اینحال مطالعه تقدسی نژاد و همکاران (۷) نشان داد ۶۳ درصد پزشکان تهرانی با انجام حداقل یکی از موارد یوتونازی موافق بودند.

این در حالی است که مولر بوش و همکاران (۱۵) در مطالعه خود نشان دادند پزشکان عضو انجمن طب تسکینی آلمان غالبا با انجام یوتانازی مخالف هستند. با اینحال در ۹۴٪ موارد توافق در خصوص تسکین پیش از مرگ وجود داشت. اغلب شرکت کنندگان ارزشها، اصول اخلاقی، تجربیات شخصی و آگاهی از راههای جایگزین برای بهبود درد بیماران را دلیل پاسخ خود بیان کرده بودند.

به نظر می‌رسد یکی از علل میزان نسبتا بالای توافق برای انجام نوعی از یوتانازی در مطالعات گزارش شده از ایران عدم آگاهی

References

1. Oduncu FS. Euthanasia: killing as due care? *Wien Med Wochenschr.* 2003;153(17-18):387.
2. Sachedina A. End-of-life: the Islamic view. *Lancet.* 2005 Aug 27-Sep 2;366(9487):774-9.
3. Marco CA. Ethical issues of resuscitation: an American perspective. *Postgrad Med J* 2005; 81 (959): 608-612.
4. Akabayashi A, Slingsby BT, Nagao N, Kai I, Sato H. Aneight-year follow-up national study of medical school and general hospital ethics committees in Japan. *BMC Med Ethics* 2007; 8: 8. doi: 10.1186/1472-6939-8-8

5. Löfmark R, Nilstun T, Cartwright C, Fischer S, van derHeide A, Mortier F, et al. Physicians' experiences with end-of-life decision-making: survey in 6 European countries and Australia. *BMC Med.* 2008 Feb 12;6:4. doi: 10.1186/1741-7015-6-4
6. Clemens KE, Klein E, Jaspers B, Klaschik E. Attitudes toward active euthanasia among medical students at two German universities. *Support Care Cancer.* 2008;16(6):539-45. doi: 10.1007/s00520-008-0427-z. Epub 2008 Mar 12.
7. Taghadosi nejad F, Okazi A, Maghareh zade Esfehani M, Yousefi Nejad V. Comparison of Attitude of Physicians and Patients About Euthanasia in Tehran's University of Medical Sciences Hospitals in 2012-2013. *Ir J Forensic Med.* 2014;20(1):377-384. URL: <http://sjfm.ir/article-1-558-en.html>
8. Leppert W, Majkowicz M, Forycka M. Attitudes of Polish physicians and medical students toward breaking bad news, euthanasia and morphine administration in cancer patients. *J Cancer Educ.* 2013;28(4):603-10. doi: 10.1007/s13187-013-0553-2.
9. van der Maas PJ, van der Wal G, Haverkate I, de Graaff CL, Kester JG, Onwuteaka-Philipsen BD, et al. Euthanasia, physician-assisted suicide, and other medical practices involving the end of life in the Netherlands, 1990-1995. *N Engl J Med.* 1996;335(22):1699-705.
10. Tavoosiyan A, Sedaghat M, Aramesh K. Euthanasia: assessment of medical students' perspective. *ijme.* 2009; 3 (1) :43-52. URL: <http://ijme.tums.ac.ir/article-1-255-en.html>
11. Randall F, Downie R. Assisted suicide and voluntary euthanasia: role contradictions for physicians. *Clin Med (Lond).* 2010 Aug;10(4):323-5.
12. Adchalingam K, Kong WH, Zakiah MA, Zaini M, Wong YL, Lang CC. Attitudes of medical students towards euthanasia in a multicultural setting. *Med J Malaysia.* 2005;60(1):46-9.
13. Materstvedt LJ, Clark D, Ellershaw J, Førde R, Gravgaard AM, Müller-Busch HC, et al. Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force. *Palliat Med.* 2003 Mar;17(2):97-101; discussion 102-79.
14. Salimi E, Fathi M J. A legal analysis of euthanasia in the Islamic criminal code of 2011. *ijme.* 2013; 6 (4) :17-28
15. Müller-Busch HC, Oduncu FS, Woskanjan S, Klaschik E. Attitudes on euthanasia, physician-assisted suicide and terminal sedation--a survey of the members of the German Association for Palliative Medicine. *Med Health Care Philos.* 2004;7(3):333-9.
16. Sayed Ali Khamenei. Euthanasia rulings (hastening of death of a patient to prevent further sufferings). Available online at: <https://www.leader.ir/fa/book/pdf/b/64/22094>; 16 june 2019
17. Advisory opinion of the legal department of the judiciary. Advisory Opinion No. 2587/93/7 dated 23/10/1393. Available online at: <http://www.khashayar-lahouti.blogfa.com/post/91>; 16 june 2019

*Original Article***Evaluation of knowledge and attitude towards euthanasia among Shiraz university medical students**

Received: 03/06/2018 - Accepted: 06/11/2018

Hossein Sanaei-Zadeh¹
Mohammadreza Sheykhfenderesji²
Sayed Mahdi Marashi^{3*}

¹Associate Professor of Forensic Medicine and Medical Toxicology, School of Medicine, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

²Student Research Committee, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

³Forensic medicine and clinical toxicology specialist, High Institute for Research and Education in Transfusion Medicine, Iranian Blood Transfusion Research Center, Tehran, Iran

* High Institute for Research and Education in Transfusion Medicine, Iranian Blood Transfusion Research Center, Tehran, Iran

Tel: 09179167438
Email: marashi@sums.ac.ir

Abstract

Introduction: The aim of this study was to evaluate knowledge and attitude towards euthanasia and understanding of its pitfalls in medical education.

Materials and Methods: In a cross-sectional study in fall and winter 2015, medical students at different educational levels were asked to participate in this study. A questionnaire which was adopted from 3 foreign surveys after Persian translation by backward-forward method was used.

Results: The response rate was 88.36%. The reliability of the tool using Cronbach's α was 0.72. The most common problem was detection of active involuntary euthanasia. In all, 67.2% were unable to define forbidden tasks for a critically ill patient. 84.9% agreed to ratify the law to introduce permissible cases of euthanasia. However, 62.4% were concerned about misuse of such law by some people, 77.6% were agreed euthanasia about themselves in complex medical situations. In all, 66.7% believed palliative medicine is a good way to relieve patient's unpleasant symptoms, to improve patient's quality of life.

Conclusion: It seems that lack of awareness of the advances in palliative medicine and its goal to improve the quality of life in dying patient is one of the reasons for the relatively high level of agreement for doing euthanasia.

Key words:

Euthanasia, Personal Autonomy, Palliative medicine, Medical education

Acknowledgement: There is no conflict of interest.