

دیدگاه دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی قم نسبت به اتانازی در سال ۱۳۸۸

احمد کجویی^۱، هدی احمري طهران^۲، اکرم حیدری^۳، اعظم حیدرپور^۴، مرضیه ریسی^۵، زهرا افراخته^۶

^۱استادیار جراحی، مرکز تحقیقات طب و دین، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

^۲مری مامایی، مرکز تحقیقات طب و دین، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

^۳استادیار پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیقات طب و دین، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

^۴کارشناس ارشد میکروبیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

^۵مری مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

^۶دانشجوی پزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: از جمله موارد مهمی که اخلاق پزشکی دنیای امروز با آن روبرو است، مسئله اتانازی یا به مرگی می باشد که این مسئله با نظام ارزشی زندگی انسان ارتباط دارد. هدف این مطالعه تعیین دیدگاه دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی قم نسبت به اتانازی بوده است.

روش بررسی: این مطالعه به صورت مقطعی بر روی تمامی دانشجویان پزشکی کارآموز و کارورز شاغل در بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی قم در طی ۵ ماه پاییز و زمستان سال ۱۳۸۸ انجام شد. ابزار جمع آوری اطلاعات پرسشنامه خودایفا بوده که روایی و پایایی آن مورد تأیید قرار گرفت. تجزیه و تحلیل داده ها به کمک آزمون های ناپارامتریک کروسکال والیس و من ویتنی در سطح معنی داری $p \leq 0/05$ صورت گرفت.

یافته ها: در این مطالعه، نگرش نسبت به اتانازی در دانشجویان ۵۰٪ مثبت و ۵۰٪ منفی بود. بیشترین میزان نگرش مثبت نسبت به انواع اتانازی، اتانازی غیرفعال و غیرداوطلبانه با ۲۸/۶٪ گزارش شد. همچنین میزان نگرش مثبت نسبت به دیگر انواع اتانازی به ترتیب: اتانازی غیرمستقیم؛ ۲۶/۲٪، اتانازی غیرفعال داوطلبانه؛ ۲۵/۷٪، اتانازی فعال غیرداوطلبانه؛ ۲۱/۴٪، اتانازی فعال اجباری؛ ۸/۶٪، اتانازی با همکاری پزشک؛ ۸/۶٪ بود. در این میان اکثریت نمونه های مورد پژوهش (۲۸/۵٪) با حق انتخاب اتانازی توسط خود بیمار کاملاً موافق بودند. همچنین میانگین نمره در دانشجویان پسر به طور معنی داری بالاتر از دانشجویان دختر برآورد شد ($p=0/039$).

نتیجه گیری: با توجه به اینکه مطالعه حاضر به تبیین دیدگاه دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی قم نسبت به اتانازی پرداخته است. می توان ابراز داشت که با دانستن نوع نگرش نسبت به مقوله های مختلف اخلاق پزشکی، بهتر می توان در برخورد با اتانازی یک قانون منسجم اخلاقی تدوین نمود.

کلید واژه ها: دیدگاه؛ اتانازی؛ دانشجویان پزشکی؛ قم، ایران.

نویسنده مسئول مکاتبات: مرکز تحقیقات طب و دین، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران؛

آدرس پست الکترونیکی: ahmari9929@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۹۰/۶/۱

تاریخ دریافت: ۹۰/۵/۱۲

مقدمه

مورد برخی بیماران وجود داشته باشد. از سوی دیگر، باوجود پیشرفت های شگرف دانش پزشکی، هنوز بسیاری از بیماران با درد و رنج بسیار مواجه بوده و هیچ آمیدی به ادامه زندگی ندارند

پیشرفت های جدید در تکنولوژی پزشکی موجب شده تا امکان ادامه یک زندگی نباتی بی حاصل برای مدت زمان طولانی در

اگر مثلاً بیمار در سیر بیماری دچار عفونتی شود درمانی برای عفونت او شروع نمی کنند.

● خودکشی با همکاری پزشک: در این حالت پزشک، داروها یا اقدامات دیگر را برای بیمار فراهم می کند با این آگاهی که می داند قصد بیمار از آنها خودکشی است. نکته مهم در افتراق "اتانازی فعال داوطلبانه" از "خودکشی با همکاری پزشک" در رفتار پزشک است. در حالت اول پزشک مستقیماً اقدام به خاتمه زندگی بیمار می کند؛ درحالی که در حالت دوم پزشک، مباشر انجام اقدام نیست.

● اتانازی غیرمستقیم: در این حالت ضد دردهای مخدر یا داروهای دیگری برای بیمار تجویز می شود، اما پیامد عرضی آن (Accidental) قطع سیستم تنفسی بیمار است (داروهای ضد درد مخدر اگر با دوز بالا تجویز شوند مرکز تنفسی را مهار می کنند) که منجر به مرگ بیمار می شود. این نوع اتانازی عامدانه انجام نمی شود، اما پیامد عرضی آن مرگ بیمار است.

آنچه "اتانازی فعال داوطلبانه" را از نوع "غیرمستقیم" افتراق می دهد نیت پزشک است. در حالت اول نیت پزشک خاتمه دادن زندگی بیمار می باشد، اما در مورد بعدی نیت پزشک کاهش درد بیمار است.

پر واضح است که در دهه های اخیر با پیشرفت های چشمگیر دانش پزشکی، امید به زندگی در جوامع بشری افزایش یافته است که این خود سبب افزایش طول عمر و در نتیجه افزایش تعداد بیماران ناتوان و در نهایت ترمینال می شود. حال فشار فزاینده ای برای حل این مسئله وجود دارد که آیا پزشکان و سایر افراد کادر درمانی و یا متولیان قانون می توانند در شرایط خاص در ایجاد مرگ بیماران سهیم گردند و یا حتی خود بیمار در شرایطی که تحمل درد و رنج برایش غیرممکن می شود حق تصمیم گیری برای اتمام حق حیات خود را دارد؟

با توجه به اینکه در فرهنگ های مختلف دیدگاه پزشکان و مردم در زمینه مسائل اخلاقی می تواند کاملاً متفاوت باشد، برخورد با جوانب گوناگون اتانازی جهت تدوین یک قانون منسجم، کامل و کارآمد لزوم بررسی های متعددی را در مورد دیدگاه پزشکان و سایر کادر درمانی می طلبد. لذا پژوهش حاضر به منظور تعیین

(۱). اتانازی یا "مرگ خوب" به طور خلاصه عبارت است از عملی که به فرد کمک می کند تا مرگی آرام، راحت و فاقد رنج و درد را تجربه نماید (۲). تعاریف و دسته بندی های مختلفی برای اتانازی از منابع متعدد ذکر شده است. اگرچه برخی ادعا دارند این تعاریف در اصل موضوع تفاوتی ایجاد نمی کند، با این حال پژوهش حاضر براساس تعریفی که دکتر پارساپور برگرفته از کتاب "Ethics at the End of Life" با ویراستاری "رالف برگن" ارائه داده است، می باشد (۳). این تعریف تا حدودی جامعیت تعاریف موجود را دارد:

● اتانازی فعال داوطلبانه: تزریق عامدانه دارو یا اقدامات دیگر است که منجر به مرگ بیمار شود. این عمل براساس تقاضای صریح بیمار و با رضایت کاملاً آگاهانه او انجام می شود. در این مورد قصد و تمایل پزشک و بیمار هر دو بر خاتمه زندگی است.

● اتانازی فعال غیرداوطلبانه: تزریق عامدانه دارو یا اقدامات دیگری است که منجر به مرگ بیمار شود، اما در این حالت بیمار صلاحیت تصمیم گیری اهلیت، یا صلاحیت قانونی را نداشته و از لحاظ روانی قادر به درخواست صریح برای این عمل نیست. مثلاً بیمار در حالت کما است. البته مرگ مغزی و زندگی نباتی تنها مواردی نیستند که بیمار خود قادر به تصمیم گیری نباشد؟ در این نوع اتانازی معمولاً پزشک یا تیم پزشکی، کمیته اخلاق پزشکی و یا خانواده بیمار و یا قاضی تصمیم گیرنده می باشند.

● اتانازی فعال اجباری: تزریق عامدانه دارو یا اقدامات دیگری است که باعث مرگ بیمار شود. در این حالت بیمار صلاحیت تصمیم گیری را دارا بوده و هیچ گونه درخواست صریح برای این عمل نداشته است.

● اتانازی غیرفعال داوطلبانه: بیمار درمان خود را رد می کند تا در مرگش تسریع ایجاد شود. به عبارت دیگر، بیمار از همان ابتدا از پذیرش درمان سرباز می زند.

● اتانازی غیرفعال غیرداوطلبانه: معمولاً در مورد بیمارانی به کار گرفته می شود که شرایط بسیار وخیمی دارند و پزشکان هم با اطمینان به اینکه درمان امکان پذیر نیست؛ یا درمان را قطع می کنند و بیمار را از مواد غذایی یا دارو محروم می سازند و یا

دیدگاه دانشجویان پزشکی قم نسبت به اتانازی انجام گرفت؛ چراکه آنان در آینده به عنوان پزشک در جامعه مشغول فعالیت شده و قطعاً با این مسائل روبرو خواهند شد (۳).

روش بررسی

این مطالعه به صورت توصیفی - مقطعی بر روی تمامی دانشجویان پزشکی کارآموز و کارورز شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی قم در طی ۵ ماه پاییز و زمستان سال ۱۳۸۸ انجام شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه خودایفا بوده که روایی و پایایی آن مورد تأیید قرار گرفت. جهت تعیین روایی و پایایی پرسشنامه، از روش اعتبار محتوی (مطالعات کتابخانه‌ای و نظر اساتید) و برای پایایی، از روش آزمون مجدد استفاده گردید. پایایی پرسشنامه بر روی ۱۰ دانشجو با $r=0/85$ تأیید شد. پرسشنامه از دو قسمت کلی تشکیل شده بود. قسمت اول مربوط به مشخصات فردی دانشجویان (سن، جنس، ترم تحصیلی، میزان تحصیلات پدر و مادر، مشاهده بیمار در مراحل انتهایی حیات) و قسمت دوم خود شامل ۴ بخش مختلف بود: بخش اول را عبارات مربوط به نگرش نسبت به انواع اتانازی (اتانازی فعال داوطلبانه، اتانازی فعال غیرداوطلبانه، اتانازی غیرفعال اجباری، اتانازی غیرفعال داوطلبانه، اتانازی غیرفعال غیرداوطلبانه با همکاری پزشک، اتانازی غیرمستقیم) با پاسخ‌های کاملاً موافقم، موافقم، مخالفم، کاملاً مخالفم تشکیل می‌داد. بخش دوم مربوط به حق انتخاب اتانازی با چه کسی می‌باشد؟ (خود بیمار، پزشک، مراجع قانونی، متولیان بیمار، مشارکت پزشک و خانواده بیمار). و بخش سوم شامل عبارات کلی نسبت به اتانازی حاوی ۱۸ عبارت با مقیاس ۴ قسمتی لیکرت، کاملاً موافقم، موافقم، مخالفم، کاملاً مخالفم بود و در نهایت بخش چهارم که سؤال بیشترین سوءاستفاده از تصویب قانون اتانازی از جانب چه کسانی ممکن است اتفاق بیفتد؟ را شامل می‌شد.

جهت امتیازبندی عبارات نگرشی، ابتدا سؤالات همسو شدند. برای جواب کاملاً موافقم که نشانه نگرش منفی به اتانازی بود امتیاز ۴ و برای کاملاً مخالفم امتیاز ۱ در نظر گرفته شد. در مقابل، برای جواب کاملاً مخالفم که نشانه نگرش منفی به اتانازی بود امتیاز ۴ و برای کاملاً موافقم امتیاز ۱ در نظر گرفته شد و پاسخ‌های موافقم و مخالفم نیز امتیاز ۳ و ۲ را به خود اختصاص دادند. سپس حداکثر نمره

کسب شده ۷۲ و حداقل ۱۸ مدنظر قرار گرفت. با توجه به میانگین و انحراف معیار $37 \pm 6/86$ امتیاز ۳۷-۳۷ به عنوان "نگرش مثبت" و امتیاز ۳۷-۷۲ به عنوان "نگرش منفی" نسبت به اتانازی تلقی گردید. در نهایت اطلاعات از طریق نرم‌افزار SPSS و با کمک آزمون‌های ناپارامتریک کروسکال والیس و من‌ویتنی در سطح معنی‌داری $p < 0/05$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در این مطالعه، نمونه‌های مورد پژوهش در فاصله سنی ۲۲-۳۳ سال با میانگین و انحراف معیار $24/12 \pm 2/23$ قرار داشتند. اکثریت آنان دختر (۵۲/۹٪) و کارآموز (۸۰٪) بوده و به ترتیب پدر و مادر نمونه‌ها، ۵۴/۳٪ و ۴۰٪ دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. یافته‌ها نشان داد نگرش نسبت به اتانازی در دانشجویان ۵۰٪ مثبت و ۵۰٪ منفی می‌باشد. در این مطالعه بیشترین میزان نگرش مثبت نسبت به اتانازی "غیرفعال غیرداوطلبانه" با ۲۸/۶٪ گزارش شد (جدول).

جدول: درصد فراوانی پاسخ‌های نگرشی مثبت به ترتیب اولویت نسبت به انواع اتانازی

در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی قم، سال ۱۳۸۸

انواع اتانازی	مثبت	منفی
اتانازی غیرفعال غیرداوطلبانه	۲۸/۶٪	۷۱/۴٪
اتانازی غیرمستقیم	۲۶/۲٪	۷۳/۸٪
اتانازی غیرفعال داوطلبانه	۲۵/۷٪	۷۴/۳٪
اتانازی فعال غیرداوطلبانه	۲۱/۴٪	۷۸/۶٪
اتانازی فعال داوطلبانه	۱۷/۲٪	۸۲/۸٪
اتانازی فعال اجباری	۸/۶٪	۹۱/۴٪
اتانازی با همکاری پزشک	۸/۶٪	۹۱/۴٪

در این مطالعه، بیشترین پاسخ کاملاً موافقم به ترتیب به عبارات "انجام اتانازی مخالف با دستورات الهی است" (۶۱/۴٪)، "انجام اتانازی سبب خدشه‌دار کردن کرامت انسانی می‌شود" (۵۲/۹٪)، قبول اتانازی برخلاف دستورات و مقدسات پزشکی است" (۵۰٪)، اتانازی می‌تواند به خطا رود چراکه بیمار همیشه قدرت قضاوت و تصمیم‌گیری درستی درمورد خودش ندارد (۴۲/۹٪) تعلق داشت. در این رابطه عبارات "اتانازی از سربار شدن افراد بیمار جلوگیری می‌کند" (۸/۶٪)، "مسائل اقتصادی سبب رواج اتانازی در کشور خواهد شد" (۱۵/۷٪) به عنوان کمترین پاسخ کاملاً موافقم و یا بیشترین تمایل برای اتانازی را دربرداشت. اکثریت نمونه‌های این

پژوهش (۲۸/۵٪) با انتخاب اتانازی به عنوان یک حق برای خود بیمار موافق بودند، سپس به ترتیب مراجع قانونی (۲۴/۳٪)، مشارکت پزشک و خانواده بیمار (۲۱/۵٪)، متولیان بیمار (۱۲/۹٪) و پزشک (۱۰٪) را به خود اختصاص دادند. همچنین در پاسخ به این پرسش که بیشترین سوءاستفاده از تصویب قانون اتانازی از جانب چه کسانی ممکن است اتفاق بیفتد؟ ۶۴/۳٪ اقوام بیمار، ۱۵/۷٪ کادر بیمارستانی، ۱۱/۴٪ متولیان قانون و ۸/۶٪ پزشکان را ذکر نمودند، همچنین در ارتباط با نوع نگرش نسبت به اتانازی با سن و جنس، آزمون آماری من ویتنی نشان داد میانگین نمره در دانشجویان پسر به طور معنی داری بالاتر از دانشجویان دختر بوده است ($p=0/039$).

بحث

در این مطالعه، نگرش ۵۰٪ از افراد حاضر شامل ۷۰ نفر کارآموز و کارورز شاغل در بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی قم، به صورت منفی و مخالف با اتانازی بوده و ۵۰٪ مثبت گزارش شد. میزان مخالفت با اتانازی در مطالعات انجام شده در این ارتباط تا به امروز نشان دهنده اعداد و ارقام متفاوت بوده است.

در مطالعه ای که توسط Clemens و همکارانش از آگوست تا نوامبر سال ۲۰۰۶ به منظور تعیین نگرش نسبت به «اتانازی فعال و خودکشی با همکاری پزشک در بیماران رنج کشیده از بیماری خود» بر روی ۱۰۹۲ دانشجوی سال ۳، ۵ و ۶ پزشکی ۲ دانشگاه بن در آلمان انجام گرفت، نشان داد ۵۹/۲٪ از دانشجویان با اتانازی فعال و خودکشی با همکاری پزشک مخالف بوده و اعتقاد داشتند با وجود درمان های تسکینی نایستی اتانازی فعال را در مورد این دسته از بیماران به کار برد (۴). همچنین پژوهشی در سال ۲۰۰۲ در ایالات متحده آمریکا به صورت مروری بر مطالعات انجام شده در ارتباط با اتانازی از سال ۱۹۹۷، نشان داد ۵۶/۶٪ درصد پزشکان آمریکایی موافق با انجام اتانازی در بیماران بوده اند (۵). مطالعه ای دیگر توسط Giannini و همکارانش در سال ۲۰۰۲ بر روی پزشکان شاغل در بخش مراقبت های ویژه بیمارستان های شهر میلان ایتالیا نشان داد ۸۲٪ پزشکان شاغل در این مرکز اعتقاد داشتند کمتر از ۱۰٪ از مرگ های اتفاق افتاده در محل کاری آنها به علت جدا کردن عمدی دستگاه های تهویه

مصنوعی از بیماران بوده است (۶). همچنین در بررسی انجام شده توسط Lisker و همکارانش در مکزیک (سال ۲۰۰۸)، میزان نگرش موافق با انجام خودکشی با همکاری پزشک در میان ۲۰۹۷ پزشک شرکت داده شده در مطالعه، برابر با ۴۰٪ به دست آمد که به عقیده این دسته از پزشکان نجات بیمار از رنج و درد مهم ترین علت موافقت با این نوع اتانازی بود. در انتها ۴۸٪ از پزشکان ابراز نمودند که مسائل اخلاقی و اعتقادات مذهبی پزشکان تأثیر به سزایی بر تصمیم گیری آنان در خصوص انجام اتانازی داشته است (۷). در مطالعات انجام شده جهت بررسی نگرش پزشکان مسلمان نسبت به اتانازی، در تحقیق Ahmed و همکارانش در سال ۲۰۰۱، ۸۵٪ پزشکان شاغل در خارطوم سودان که در مطالعه شرکت کرده بودند، نسبت به اتانازی نگرش منفی داشتند (۸). مشابه این نتیجه در مطالعه ای که در سال ۲۰۰۵ توسط Abbas و همکارانش در پزشکان پاکستانی صورت گرفت نیز مشاهده شد، به طوری که در این مطالعه تنها ۱۵/۳٪ پزشکان موافق با انجام اتانازی بودند (۹). در ایران در راستای بررسی نظرات گروه های پزشکی نسبت به اتانازی، مطالعات اندکی توسط محقق و همکارانش یافت گردید. در ارزیابی که توسط طاووسی و همکارانش در سال ۱۳۸۸ به جهت تعیین نگرش انترن های دانشگاه علوم پزشکی تهران در ارتباط با اتانازی انجام گرفت، به طور کلی ۵۴٪ انترن ها با اتانازی مخالف بودند که بیشترین درصد مخالفت با اتانازی غیرفعال غیرداوطلبانه ۹۵٪ گزارش شد، این نگرش ارتباطی با سن و جنسیت انترن های شرکت کننده نداشت (۱۰). در مطالعه حاضر نیز نگرش ارتباط معنی داری با سن نداشت که این مسئله و عدم ارتباط نگرش نسبت به اتانازی و سن افراد در چندین مطالعه انجام شده نیز به چشم می خورد. از جمله این مطالعات می توان به تحقیق Dicinson و همکارانش در سال ۲۰۰۲ در انگلستان (۱۱) و مطالعه Chong و همکارانش در دانشکده مطالعات اجتماعی دانشگاه هنگ کنگ، اشاره نمود (۱۲). در این تحقیقات ارتباط معنی داری میان سن شرکت کنندگان در مطالعه و نگرش آنان نسبت به اتانازی مشاهده نشد. از سویی دیگر، Rurup و همکارانش در مطالعه خود در مرکز بررسی سلامت شغلی و اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی آمستردام هلند، به این نتیجه دست یافتند که با افزایش سن پزشکان، میزان موافقت با اتانازی در میان

به صورت افزایش موافقت با اتانازی در جنس مذکر نیز به اثبات رسیده است (۶).

نتیجه گیری

با توجه به اندک مطالعاتی که توسط محقق و همکارانش در خصوص دیدگاه و نگرش گروه‌های مختلف جامعه به ویژه دانشجویان نسبت به اتانازی به دست آمد، به نظر می‌رسد همچنان نیاز به مطالعات بیشتری در ارتباط با تعیین نوع نگرش افراد و گروه‌های مختلف بهداشتی، درمانی نسبت به اتانازی در ارتباط با بیماران باشد.

آنها افزایش می‌یابد (۱۳)، ولیکن در مطالعه انجام شده توسط Abbas و همکارانش در سال ۲۰۰۵ بر روی پزشکان پاکستانی و هندی این نتیجه به اثبات رسید که تمایل به انجام اتانازی و نگرش مثبت نسبت به آن در میان پزشکان جوانتر بیشتر بوده است. بدین صورت که سن پایین تر دانشجویان پزشکی به عنوان عاملی تأثیرگذار بر روی نگرش مثبت نسبت به مسئله اتانازی می‌باشد (۹). یافته‌های تحقیق حاضر نشان داد میانگین نمره در دانشجویان پسر به طور معنی داری بالاتر از دانشجویان دختر است ($p=0/039$). مطالعات Giannini و همکارانش نیز مبین آن بود که جنس می‌تواند عامل مؤثری بر روی نگرش پزشکان و دانشجویان پزشکی نسبت به اتانازی باشد. این ارتباط در جنس مذکر و

References:

1. Show AB. Two Challenges to the Double Effect Doctrine: Euthanasia and Abortion. J Med Ethics 2002;28:102-104.
۲. مقامی امیر. اتانازی "حق بر خویش" چالشی در ماهیت حقوق بشر. مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی. بهار ۱۳۸۷؛ ۱(۲): ۲۷-۱۵.
3. Baergen R. Ethics at the End Of Life. Canad: Wadsworth; 2001. p. 191-193.
4. Clemens KE, Klein E, Jaspers B, Klaschik E. Attitudes Toward Active Euthanasia Among Medical Students at Two German Universities. Support Care Cancer 2008 Jun; 16(6):539-45. Epub 2008 Mar; 12.
5. Emanuel EJ. Euthanasia and Physician- Assisted Suicide; A Review of the Empirical Data from the United State. Arch Intern Med 2002;162(2):142-152.
6. Giannini A, Pessina A, Tacchi EM. End-of-Life Decisions in Intensive Care Units: Attitudes of Physicians in an Italian Urban Setting. Intensive Care Med 2003;29(11):1902-1910.
7. Lisker R, Alvarez del Rio A, Villa A. Physician-Assisted Death. Opinions of a Sample of Mexican Physicians. Archives of Medical Research 2008;39:452-458.
8. Ahmed AM, Kheir MM, Abdalla ME. Attitudes Towards Euthanasia and Assisted Suicide Among Sudanese Doctors. East Mediterr Health J 2001;7(3):551-555.
9. Abbas SQ, Abbas Z, Macaden S. Attitude Towards Euthanasia and Physician-Assisted Suicide Among Pakistani and Indian Doctors: A Survey. Indian J Palliat Care 2008;14(2):71-74.
۱۰. طاووسیان علی، صداقت مجتبی، آرامش کیارش. بررسی نگرش انترن‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران در ارتباط با اتانازی. مجله اخلاق و تاریخ پزشکی ۱۳۸۸؛ ۳(۱).
11. Dickinson GE, Lancaster CJ, Clark D, Ahmedzai SH, Noble WUK. Physicians Attitudes Toward Active Voluntary Euthanasia and Physician-Assisted Suicide. Death Stud 2002;26(6):479-90.
12. Chong AM, Fok SY. Attitudes Toward Euthanasia in Hong Kong-a Comparison Between Physicians, the General Public. Death Stud 2005;29(1):29-54.
13. Rurup ML, Onwuteaka-Philipsen BD, Van Der Wal G. A Suicide Pill for Older People: Attitudes of Physicians, the General Population, and Relatives of Patients Who Died after Euthanasia or Physicians, the General Population, and Relatives of Patients Who Died after Euthanasia or Physician-Assisted Suicide in the Netherlands. Death Stud 2005;29(6):519-534.