پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره نوزدهم شماره ۷۰ خرداد و تیر سال ۱۳۸۸ (۴۰-۳۳)

نگرش و عملکرد پزشکان اطفال و زنان و زایمان شهرستانهای ساری و بابل در مورد قطع اقدامات احیاء در نوزادان بسیار بدحال

وجیهه غفاری ساروی[۱] مهران ضرغامی[۲] فاطمه شیخ مونسی[۳]
سوسن موعودی[۴] فاطمه خادم[۵] محسن کرمی[۶]

چکیده

سابقه و هدف : تصمیم‌گیری در مورد انجام و یا عدم انجام عملیات احیاء، مدت زمان ادامه و یا قطع آن در نوزادان بسیار بدحال با تردیدهای زیادی همراه است. این مطالعه به بررسی نگرش وعملکرد پزشکان اطفال و زنان و زایمان در این زمینه پرداخته است.

مواد و روش ها : در سال ۱۳۸۸، به کلیه پزشکان متخصص، فوق تخصص، دستیار و فلو اطفال و زنان و زایمان شهرهای ساری و بابل (۱۴۰ نفر) یک پرسشنامه بی‌نام در این زمینه ارائه شد، و ۷۵/۷ درصد افراد به آن پاسخ دادند.

یافته ها : بیش از ۷۰ درصد موارد، مخالف کمک به مرگ نوزاد بسیار بدحال، و کمتر از یک چهارم آنها موافق این کار بودند. هیچ کدام از پزشکان تاکنون داروئی برای تسریع مرگ این نوزادان تجویز نکرده بودند. قطع اقدامات احیا در موارد مختلف نوزادان بسیار بدحال شایع نبود و حداکثر به وسیله یک پنجم پزشکان به تشخیص خودشان در نوزادان دارای آنومالی‌های متعدد مادرزادی گزارش شد. عوامل تأثیرگذار در تصمیم‌گیری پزشک برای قطع اقدامات احیاء در نوزادان بسیار بدحال به ترتیب عبارت بودند از تعداد فرزندان خانواده، فشار کارکنان بیمارستان، در خواست والدین نوزاد، جنس نوزاد، کمبود امکانات بیمارستانی، سابقه ناباروری والدین و وضع اقتصادی خانواده نوزاد. در بیشتر مواردا‌عتقادات مذهبی در تصمیم گیری برای ادامه و یا قطع درمان نوزاد بسیار بدحال مؤثر بود و منجر به موافقت بیشتر با تصویب قانونی در کشور برای شروع و یا ادامه درمان این نوزادان شده بود.

استنتاج : این مطالعه حاکی از غلبه نگرش تقدس زندگی بر نگرش کیفیت زندگی است. وضع قانون شفاف در این زمینه ضروری به نظر می رسد.

واژه‌های کلیدی: نوزاد بسیار بدحال، اقدامات احیاء، خوش مرگی (اوتانازی)

مقدمه

با پیشرفت علم و تکنولوژی و ایجاد بخش‌های مجهز ویژه نوزادان، مرگ این گروه سنی کاهش قابل توجهی داشته است(۱). ولی نگرانی والدین و پزشکان از عوارض جسمی و عصبی دائمی این نجات یافتگان

مولف مسئول: دکتر مهران ضرغامی– ساری:کیلومتر۵ جاده نکاء، مرکز آموزشی درمانی زارع- مرکزتحقیقات روانپزشکی E-mail:mzarghami@mazums.ac.ir
۱. فوق تخصص نوزادان و استادیار گروه اطفال دانشگاه علوم پزشکی مازندران
۲. روان پزشک، استاد گروه روان پزشکی، مرکز تحقیقات روان پزشکی و علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی مازندران
۳. روان پزشک، استادیار گروه روان پزشکی، مرکز تحقیقات روان پزشکی و علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی مازندران
۴. دستیار سال سوم روان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مازندران
۵. دستیار اطفال دانشگاه علوم پزشکی مازندران
۶. کارشناس ارشد مبارزه با بیماریها، دانشگاه علوم پزشکی بابل
تاریخ دریافت : ۸۸/۳/۱۶ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۸۸/۴/۹ تاریخ تصویب : ۸۸/۵/۱

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-10]

www.SID.ir

کم نشده است. در این میان نوزادان با وزن و سن جنینی پایین و همچنین نوزادان دچار آسفیکسی شدید و یا ناهنجاری‌های مادرزادی متعدد از این نظر پرخطر (بسیار بدحال) تلقی می‌شوند. عوامل زیادی در تصمیم‌گیری پزشک برای قطع عملیات احیاء و درمان نوزاد موثراست که برحسب موقعیت منطقه (از جهت فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی)، امکانات درمانی، مداخله خانواده، میزان بقای نوزاد، قوانین موجود و... متفاوت می‌باشد(۹-۲). شاید بتوان گفت مسائل فرهنگی ومذهبی مهمترین نقش را در تصمیم‌گیری پزشک و والدین دارد. هیچ اتفاق نظری درمورد اینکه کدام نوزاد باید تحت مراقبت شدید و کدامیک باید تنها تحت اقدامات حمایتی قرار گیرد، وجود ندارد(۱۰). در یک سوی طیف عده‌ای معتقدند که زندگی با هر کیفیتی بسیار با ارزش است در حالیکه عده‌ای دیگر بر این باورند که ارزش زندگی به توانائی‌های آینده بیماران (مانند توانایی برقراری ارتباط با دیگران وتوانایی لذت بردن از زندگی) که مفهوم کیفیت زندگی را می‌رساند، بستگی دارد(۱۰). اگر چه با پذیرفتن تقدس زندگی، شروع و ادامه اقدامات شدید برای نگه‌داشتن هر نوزادی ضروری به نظر می‌رسد و این امر از لغزش‌های احتمالی در این زمینه پیشگیری خواهد کرد ولی صرف هزینه‌های فراوان برای بیماران مشرف به مرگ و ادامه اقدامات شدید برای نوزادانی که طول عمر کم و یا کیفیت پایین زندگی در انتظار آنان است، در کشورهای در حال توسعه سبب محدود کردن تعداد تخت‌ها برای سرویس‌دهی به سایر نوزادان و صرف هزینه‌های هنگفت می‌شود(۱). مطالعات اخیر نشان داده که بیشتر مرگ‌های بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان، به دنبال تصمیم‌گیری برای محدودکردن و یا صرفنظرکردن از اقدامات درمانی‌لازم برای ادامه‌حیات روی می‌دهد(۱۱). از دیدگاه متخصصین اطفال آمریکا، می‌توان برای نوزادانی که به طور غیر قابل برگشت در حالت کوما هستند و یا ادامه درمان آنها بی‌اثر به نظر می‌رسد، عدم انجام اقدامات درمانی را در نظر گرفت(۱۲). اما در کشورهای مختلف عملکرد پزشکان در مواجهه با نوزادان بسیار بدحال متفاوت است(۹،۱۳،۱۴). در مطالعه‌ای در ده کشور اروپائی، محل کار پزشکان اطفال مهمترین پیش‌بینی‌کننده نظرات و عملکرد پزشکان در مورد تصمیم‌گیری در این خصوص بوده است(۱۰). در حالی که پزشکان متخصص اطفال در کشورهای حوزه بالتیک و ایتالیا موافق با ادامه زندگی به هر قیمتی بودند اما در کشورهای سوئد، انگلیس و هلند به کیفیت زندگی اهمیت می‌دادند(۱۰). نتیجه مطالعه‌ای در هندوستان نشان داد در حالیکه پزشکان غربی روی حقایق و مشکلات مربوط به "خود کودک" تمرکز می نمایند، پزشکان هندی به تأثیر تصمیم‌گیری در مورد انجام و یا عدم انجام عملیات احیاء روی سایر کودکان خانواده، والدین و جامعه اهمیت می‌دهند(۳). با توجه به اطلاعات اندکی که در این زمینه در کشور ما وجود دارد و با عنایت به اینکه مطالعات قبلی نشان داده‌اند که عامل کشور مورد مطالعه، مهمترین پیشگویی‌کننده نگرش و عملکرد پزشکان در این خصوص می‌باشد(۱۰)، با این بررسی به ارزیابی نگرش و عملکرد پزشکان اطفال و زنان و زایمان (شامل متخصصین، فوق تخصص‌ها، دستیاران و فلوها) در شهرستان‌های بابل و ساری در مورد شروع و یا ادامه درمان نوزادان بسیار بد حال پرداختیم.

مواد و روش ها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی است که به روش مقطعی(Cross-Sectional) درسال۱۳۸۷ انجام شد. جامعه موردبررسی را کلیه پزشکان فوق تخصص، متخصصین، فلوشیپ‌ها و دستیاران اطفال و زنان و زایمان شهرستان‌های ساری وبابل تشکیل می‌دادند. پس از اخذ اسامی و نشانی پزشکان مذکور از دانشگاه‌های علوم پزشکی مازندران و بابل، طی مراجعه حضوری به پزشکان، ضمن توضیح پژوهش، از آنها درخواست شد در صورت تمایل، بدون ذکر نام خود به سئوالات پرسشنامه طرح‌که در اختیار آنها گذاشته می‌شد، پاسخ دهند. پس ازهماهنگی در روز

Archive of SID

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-10]

www.SID.ir

دیگر مجددا بامراجعه حضوری، پرسشنامه‌های تکمیل شده از آنها تحویل گرفته شد. ابزار پژوهش، یک پرسشنامه خود ساخته بود که پس ازمطالعات وسیع متون مربوطه، به منظور دستیابی به اهداف طرح تدوین شده بود. سئوالات پرسشنامه در ارتباط با ویژگی‌های دموگرافیک، میزان سابقه کار در رشته تخصصی، میزان برخورد با نوزادان بسیار بد حال در یکسال اخیر، ارزیابی نظرات و عملکرد پزشکان در خصوص اقدامات احیاء در این گروه از نوزادان بود. نوزادان به تفکیک شامل نوزادان با وزن کمتر از ۱۰۰۰گرم، سن جنینی کمتر از۲۵ هفته، آسفیکسی شدید و ناهنجاری‌های متعدد مادرزادی بودند، و همچنین در ارتباط با میزان اطلاع از وجود قوانین در کشور نیز سئوالاتی مطرح شد. آسفیکسی شدید در این مطالعه،آسفیکسی مرحله سوم براساس طبقه‌بندی Sarnat وSarnat تعریف شده است(۱۱). و منظور از ناهنجاری‌های متعدد مادرزادی، نابهنجاری‌هایی بود که تهدیدکننده حیات نوزاد بودند و یا منجر به ناتوانی شدید جسمی و عقلی او می‌شدند. روائی صوری و محتوایی پرسشنامه توسط اعضاء هیئت علمی و پژوهشگران مرکز تحقیقات روان پزشکی و علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی مازندران مورد تأیید قرار گرفت و پایایی آن به روش باز آزمائی (test-retest) مورد بررسی قرارگرفت. ضریب همبستگی هر گویه و نیز گزینه‌ها و تغییرات آلفای کرونباخ ارزیابی گردید (α=۰/۸).

داده‌های فرم اطلاعاتی طبقه‌بندی و نگرش افراد مورد بررسی در کل و به تفکیک مقطع تحصیلی با آمار توصیفی استخراج گردید. ارتباط بین متغیرها با آمار تحلیلی محاسبه شد. بدین منظور از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۱/۵ و آزمون مربعات استفاده شد.

لازم به توضیح است که این طرح تحقیقاتی به تصویب شورای پژوهشی مرکز تحقیقات روان پزشکی و علوم رفتاری و کمیته اخلاق معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران رسیده است.

یافته ها

از ۱۴۰ نفر افراد مورد مطالعه ۱۰۶ نفر(۷۵/۷ درصد) به پرسشنامه‌ها پاسخ دادندکه تقریبا نیمی از آنها پزشکان رشته زنان و زایمان و نیم دیگر پزشکان رشته کودکان بودند. ۸۵/۸ درصد آنها متاهل و ۸۵/۷ درصد دارای فرزند بودند. در ۱/۳ درصد موارد خودشان و در ۱۵/۱ درصد موارد بستگانشان داشتن نوزاد بسیار بدحال را تجربه کرده بودند. ۳۷/۷ درصد آنها زیر ۵ سال و ۲۲/۷ درصد آنها بالای ۱۵ سال سابقه کار داشتند.

طی یک سال گذشته به تفکیک ۹۳/۳ درصد، ۹۳/۳، ۹۲/۱ درصد و ۹۴/۳ درصد پزشکان مورد مطالعه با نوزادان‌کمتر از ۱۰۰۰گرم، سن جنینی‌کمتر از۲۵ هفته، آسفیکسی شدید و ناهنجاری‌های متعدد مادرزادی مواجهه شدند.

در جدول شماره ۱، نگرش و عملکرد پزشکان در خصوص قطع و یا عدم شروع اقدامات احیاء (خوش مرگی غیر فعال یا passive euthanasia) در نوزادان بسیار بد حال آورده شده است.

عوامل تأثیرگذار در تصمیم‌گیری پزشک برای قطع اقدامات احیاء در نوزادان بسیار بد حال به ترتیب عبارت

جدول شماره ۱ : نگرش و عملکرد موافق پزشکان در خصوص عدم شروع و یا قطع عملیات احیاء در نوزادان بسیار بد حال

قطع عملیات درمانی / نوزاد بسیار بد حال		نوزاد با وزن کمتر از ۱۰۰۰گرم تعداد (درصد)	سن جنینی کمتر از ۲۵ هفته تعداد (درصد)	آسفیکسی شدید تعداد (درصد)	ناهنجاری های مادرزادی متعدد تعداد (درصد)
نگرش	به تشخیص خود پزشک	۲۵ (۲۳/۶)	۲۹ (۲۷/۴)	۳۳ (۳۱/۳)	۴۷ (۴۴/۳)
	به در خواست والدین	۱۵ (۱۴/۲)	۲۰ (۱۸/۹)	۲۵ (۲۳/۶)	۴۲ (۳۹/۶)
عملکرد	به تشخیص خود پزشک	۱۲ (۱۱/۳)	۱۹ (۱۷/۹)	۱۰ (۹/۴)	۲۳ (۲۱/۷)
	به در خواست والدین	۶ (۵/۷)	۷ (۶/۶)	۸ (۷/۵)	۱۵ (۱۴/۲)

Archive of SID
[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-10]
www.SID.ir

بودند از: ۱- تعداد فرزندان خانواده، ۲- فشار کارکنان بیمارستانی، ۳- درخواست والدین نوزاد، ۴- جنس نوزاد، ۵-کمبود امکانات بیمارستانی، ۶- سابقه ناباروری والدین و ۷- وضع اقتصادی خانواده نوزاد. در بین عوارض نوزادی عواملی چون فلج مغزی، عقب ماندگی ذهنی و مشکلات چشمی بیشترین تأثیر را در تصمیم‌گیری برای قطع اقدامات احیاء بر طبق نظر خود پزشک و یا به در خواست والدین داشت و خونریزی داخل مغزی، عوارض مادر زادی قلبی و بیماری‌های ریوی مزمن امتیازهای بعدی را کسب کردند. جامعه مورد بررسی معتقد بودند که در تصمیم‌گیری در مورد انجام و یا عدم انجام عملیات احیاء نوزادان بسیار بد حال بیشترین تمرکز باید به ترتیب بر: ۱- پزشکان ۲- جامعه و خود نوزاد و ۳- والدین باشد.در بررسی نگرش و عملکرد در مورد خوش مرگی فعال (active euthanasia)، ۵ نفر (۴/۷ درصد) اعلام کردند که پزشک حق دارد برای مرگ آسان‌تر نوزاد بسیار بد حال، دارو تجویز کند. ۱۱نفر (۱۰/۴ درصد) بیان نمودند که والدین حق دارند برای مرگ آسان تر نوزاد از پزشک بخواهد به او دارو تجویز کند و ۶ نفر (۵/۷ درصد) اظهار کردند که قاضی حق دارد به در خواست والدین برای تسریع در مرگ نوزاد بسیار بد حال، از پزشک بخواهد که به نوزاد داروی مرگ‌آور بدهد. هیچ کدام از پزشکان تاکنون به تشخیص خود، درخواست والدین و یا دستور قاضی به نوزاد بسیار بد حال داروئی برای تسریع در مرگ وی تجویز نکرده بودند. ۲ نفر(۱/۹ درصد) اعلام کردند که تاکنون شاهد دخالت قاضی درمورد ادامه یاقطع عملیات احیاء درمورد این نوزادان بودند. تنها ۲ نفر(۱/۹ درصد) بیان کردند که از وجود قانونی در کشور ما برای تصمیم‌گیری در این مورد اطلاع دارند.۵۴ نفر (۵۰/۹ درصد) اعلام کردند که تصویب قانونی در کشور ما برای قطع درمان یا عدم شروع درمان در مورد نوزادان بسیار بد حال لازم است و ۵۰ نفر(۴۷/۲ درصد) آن را لازم ندانستند. ۵۶ نفر (۵۲/۸ درصد) اعلام نمودندکه مسائل اعتقادی و مذهبی در تصمیم‌گیری آنها برای ادامه و یا قطع درمان نوزاد بسیار بد حال مؤثر است. به طور کلی در مورد کمک به مرگ نوزاد شدیداً نارس ۲۱ نفر (۱۹/۸ درصد) کاملاً مخالف، ۵۴ نفر (۵۰/۹ درصد) مخالف، ۱۴ نفر (۱۳/۲ درصد) موافق و ۱۱نفر(۱۰/۴ درصد) کاملاً موافق بودند. همان‌گونه که در جداول شماره ۲ و ۳ دیده می‌شود، بین نگرش افراد با تحصیلات متفاوت در مورد قطع اقدامات احیاء به تشخیص خود پزشک درنوزاد با آسفیکسی شدید تفاوت‌های معنی‌دار وجود داشت(P=۰/۰۳). سابقه کار در رشته تخصصی نیز منجر به تفاوت‌های معنی‌داری در نگرش افراد در مورد قطع اقدامات احیاء در نوزادان با وزن کمتر از ۱۰۰۰ گرم، سن جنینی کمتر از ۲۵ هفته و آسفیکسی شدید شده بود (P=۰/۰۱). همچنین میزان برخورد با نوزادان با وزن کمتر از ۱۰۰۰ گرم در یکسال اخیر نیز منجر به تفاوت معنی‌داری در نگرش افراد در مورد قطع اقدامات درمانی به در خواست والدین شده بود (P<۰/۰۵).

نتایج پژوهش گویای آن بود که پزشکان متأهل، بیشتر از مجردها به درخواست والدین، عملیات احیاء را در مورد نوزادان دارای ناهنجاری‌های متعدد مادرزادی قطع کرده بودند (P<۰/۰۵). میزان سابقه کار در رشته تخصصی از عوامل مهم تأثیر گذار بر عملکرد پزشکان در مورد قطع عملیات احیاء در نوزادان با آسفیکسی شدید به درخواست والدین بود(P<۰/۰۵). میزان برخورد با نوزادان بسیار نارس نیز عامل مهمی در عملکرد پزشکان در قطع عملیات احیاء در نوزادان با سن حاملگی کمتر از ۲۵ هفته به تشخیص خود و نیز به در خواست والدین بود (P<۰/۰۵). اعتقادات مذهبی منجر به موافقت بیشتر با تصویب قانونی در کشور برای شروع و یا ادامه درمان در نوزادان بسیار بد حال شده بود(P<۰/۰۵).

Archive of SID

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-10]

www.SID.ir

جدول شماره۲: نگرش موافق قطع اقدامات احیاء در نوزادان بسیار بد حال در گروه های مختلف پزشکان

نگرش موافق با قطع اقدامات احیاء / عنوان متغیر		به تشخیص خود پزشک				به درخواست والدین			
		وزن کمتر از ۱۰۰۰ گرم تعداد (درصد)	سن جنینی کمتر از ۲۵ هفته تعداد (درصد)	آسیفکسی شدید تعداد (درصد)	ناهنجاری های مادرزادی متعدد تعداد (درصد)	وزن کمتر از ۱۰۰۰ گرم تعداد (درصد)	سن جنینی کمتر از ۲۵ هفته تعداد (درصد)	آسیفکسی شدید. تعداد (درصد)	ناهنجاری های مادرزادی متعدد تعداد (درصد)
جنسیت	زن	۱۲ (۱۱/۷)	۱۶ (۱۵/۶)	۱۶ (۱۵/۶)	۲۷ (۲۶/۵)	۷ (۷)	۱۲ (۱۱/۸)	۱۲ (۱۱/۸)	۲۱ (۲۰/۶)
	مرد	۱۲ (۱۱/۷)	۱۳ (۱۲/۷)	۱۶(۱۵/۶)	۲۰ (۱۹/۷)	۸ (۸)	۸ (۷/۹)	۱۳ (۱۲/۸)	۲۰ (۱۹/۷)
تحصیلات	فوق نوزادان	صفر	۱ (۰/۹)	صفر	۲ (۲)	صفر	صفر	۱(۱)	۱(۱)
	متخصص اطفال	۵ (۴/۹)	۵ (۴/۹)	۴ (۳/۹) (*)	۶ (۶)	۲ (۲)	۲ (۲)	۵ (۵)	۶ (۶)
	متخصص زنان	۵ (۴/۹)	۷ (۶/۹)	۵ (۴/۹) (*)	۱۳(۱۲/۹)	۲ (۲)	۶ (۵/۹)	۴ (۴)	۱۰ (۱۰)
	دستیار اطفال	۶ (۵/۹)	۸ (۷/۸)	۱۰ (۹/۸) (*)	۱۳(۱۲/۹)	۶ (۶)	۷ (۶/۹)	۱۰ (۱۰)	۱۴(۱۴)
	دستیار زنان	۸ (۷/۸)	۷ (۶/۹)	۱۲ (۱۱/۸) (*)	۱۱(۱۰/۹)	۴ (۴)	۴ (۴)	۴ (۴)	۹ (۹)
تأهل	مجرد	۳ (۳)	۳ (۳)	۷ (۷) (*)	۸ (۸)	۲ (۲)	۱ (۱)	۵ (۵)	۶(۶)
	متأهل	۲۲ (۲۲)	۲۶(۲۶)	۲۶ (۲۶) (*)	۳۹ (۳۹/۳)	۱۳ (۱۳/۳)	۱۹ (۱۹/۲)	۲۰ (۲۰/۲)	۳۶(۳۶/۴)
میزان سابقه کار دررشته تخصصی	۵> سال	۱۶ (۱۷/۴)(*)	۱۶ (۱۷/۴) (*)	۲۲ (۲۴) (*)	۲۳ (۲۵/۳)	۱۱ (۱۲/۲)	۱۱ (۱۲/۱)	۱۲(۱۳/۲)	۲۰(۲۱/۸)
	۱۵-۵ سال	۴ (۴/۴) (*)	۶ (۶/۵) (*)	۵ (۵/۴) (*)	۱۲(۱۳/۲)	۲ (۲)	۴ (۴/۴)	۶ (۶/۶)	۹ (۹/۹)
	۱۵> سال	۳ (۳/۳) (*)	۴ (۴/۴) (*)	۲ (۲/۲) (*)	۶ (۶/۶)	۱ (۱)	۳ (۳/۳)	۳ (۳/۳)	۷ (۷/۷)
میزان برخورد با نوزاد بسیار بد حال	کمتر از ۵ مورد	۱۴ (۱۴/۴)	۱۶ (۱۶/۵)	۱۶ (۱۶/۶)	۲۱ (۲۱/۶)	۶ (۶/۳) (*)	۹ (۹/۴)	۱۰ (۱۰/۵)	۱۹ (۱۹/۶)
	بیشتر از ۵ مورد	۸ (۸/۲)	۹ (۹/۳)	۱۵ (۱۵/۶)	۲۱ (۲۱/۶)	۹ (۹/۵) (*)	۱۱ (۱۱/۵)	۱۴ (۱۴/۷)	۲۱ (۲۱/۶)

موارد (*) نشان دهنده p.value کمتر از ۰/۰۵ می باشد.

جدول شماره۳: عملکرد موافق با قطع اقدامات احیاء در نوزادان بسیار بد حال در گروه های مختلف پزشکان

عملکرد موافق با قطع اقدامات احیاء / عوامل دموگرافیک		به تشخیص خود پزشک				به درخواست والدین			
		وزن کمتر از ۱۰۰۰ گرم تعداد (درصد)	سن جنینی کمتر از ۲۵ هفته تعداد (درصد)	آسیفکسی شدید تعداد (درصد)	ناهنجاری های مادرزادی متعدد تعداد (درصد)	وزن کمتر از ۱۰۰۰ گرم تعداد (درصد)	سن جنینی کمتر از ۲۵ هفته تعداد (درصد)	آسیفکسی شدید تعداد (درصد)	ناهنجاری های مادرزادی متعدد تعداد (درصد)
جنسیت	زن	۵ (۴/۸)	۱۱ (۱۰/۶)	۳ (۲/۹)	۱۰ (۹/۶)	۳ (۲/۹)	۴ (۳/۸)	۳ (۲/۹)	۶ (۵/۸)
	مرد	۷ (۶/۷)	۷ (۶/۷)	۷ (۶/۷)	۱۲ (۱۱/۵)	۳ (۲/۹)	۳ (۲/۹)	۵ (۴/۸)	۹ (۸/۷)
تحصیلات	فوق نوزادان	۱(۱)	۱(۱)	۰	۲ (۱/۹)	صفر	صفر	صفر	۱ (۱)
	متخصص اطفال	۳ (۲/۹)	۳ (۲/۹)	۴ (۳/۹)	۶ (۵/۸)	۱(۱)	۱(۱)	۱ (۱)	۲ (۱/۹)
	متخصص زنان	۲ (۱/۹)	۴ (۳/۹)	۱	۵ (۴/۹)	۱(۱)	۱(۱)	۱ (۱)	۳ (۲/۹)
	دستیار اطفال	۴ (۳/۹)	۴ (۳/۹)	۴ (۳/۹)	۶ (۵/۸)	۲ (۱/۹)	۲ (۱/۹)	۵ (۴/۹)	۸ (۷/۸)
	دستیار زنان	۲ (۱/۹)	۶ (۵/۸)	۱(۱)	۳ (۲/۹)	۲ (۱/۹)	۳ (۲/۹)	۱ (۱)	۱ (۱/۱)
تأهل	مجرد	صفر	۲ (۲)	۱(۱)	۱(۱)	۱(۱)	۲ (۲)	۲ (۲)	۴ (۴) (*)
	متأهل	۱۲ (۱۱/۹)	۱۷ (۱۶/۹)	۹ (۸/۹)	۲۲ (۲۱/۸)	۵ (۴/۹)	۵ (۴/۹)	۶ (۵/۹)	۱۱ (۱۰/۹) (*)
میزان سابقه کار دررشته تخصصی	۵> سال	۷ (۷/۵)	۱۱ (۱۱/۸)	۲ (۲/۱) (*)	۸ (۸/۶)	۳ (۳/۲)	۴ (۴/۳)	۲ (۲/۱)	۵ (۵/۴)
	۱۵-۵ سال	۲ (۲/۱)	۲ (۲/۱)	۱ (۱/۱) (*)	۴ (۴/۳)	۱ (۱/۱)	۱ (۱/۱)	۱ (۱/۱)	۳ (۳/۲)
	۱۵> سال	۲ (۲/۱)	۳ (۳/۲)	۳ (۳/۲) (*)	۶ (۶/۵)	۱ (۱/۱)	۱ (۱/۱)	۱ (۱/۱)	۳ (۳/۲)
میزان برخورد با نوزاد بسیار بد حال	کمتر از ۵ مورد	۷ (۷/۱)	۱۱ (۱۱/۲) (*)	۱۸ (۱۸/۲)	۸ (۸/۲)	۲ (۲)	۵ (۵/۱) (*)	۷ (۷/۲)	۹ (۹)
	بیشتر از ۵ مورد	۵ (۵/۱)	۸ (۸/۱) (*)	۴ (۴)	۲ (۲)	۴ (۴)	۲ (۲) (*)	۱ (۱/۱)	۵ (۵)

موارد (*) نشان دهنده p.value کمتر از ۰/۰۵ می باشد.

بحث

در این مطالعه از نظر ترکیب جنسیتی، ۵۴/۷ درصد افراد مورد مطالعه زن و ۴۴/۳ درصد مرد بودند: تفاوت قابل ملاحظه ای درنگرش و عملکرد پزشکان ازنظر جنسیت در خصوص قطع اقدامات احیاء در نوزادان بسیار بد حال دیده نشد. این یافته با مطالعه Rebagliato و همکارانش که نشان داد بیشتر خانم‌ها با قطع اقدامات درمانی(۱۰) و نتایج مطالعه Cuttini مبنی بر موافقت بیشتر آقایان با قطع اقدامات درمانی(۱۵)، هماهنگی ندارد. همانند مطالعات دیگر، نگرش موافق به تشخیص خود پزشک با قطع درمان در نوزادان با آسیفکسی شدید درمیان پزشکان متأهل بیشتر از مجردها بود. همچنین تأهل با داشتن عملکرد موافق با قطع درمان در نوزادان با ناهنجاری‌های مادر زادی متعدد به درخواست والدین رابطه معنی‌داری داشت. این یافته نشان‌دهنده این است که ناهنجاری‌های متعدد مادرزادی که خود با عوارض زیاد و کیفیت زندگی پائین در نوزاد همراه است(۱۷،۲)،

Archive of SID
[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-10]
www.SID.ir

در درخواست والدین از پزشک مبنی بر قطع اقدامات احیاء موثر بوده است و تأهل پزشکان و داشتن مسئولیت در قبال خانواده خود، با موافقت با در خواست والدین در این زمینه همراهی داشته است.

داشتن فرزند در نگرش و عملکرد پزشکان حائز اهمیت نبود که این یافته با مطالعه Rebagliato و Cuttini که نشان داده نداشتن فرزند با قطع درمان مرتبط بود، هماهنگی ندارد(۱۵،۱۰). تنها یکی از پزشکان سابقه داشتن فرزند بسیار بدحال را ذکر کرد که با قطع اقدامات درمانی در نوزاد با وزن کمتر از ۱۰۰۰ گرم و سن حاملگی کمتر از ۲۵ هفته موافق بود. اما با توجه به کم بودن تعداد پزشکان با سابقه داشتن نوزاد بسیار نارس، این یافته با اهمیت تلقی نمی‌شود.

یافته‌ها نشان داد هرچه آگاهی و تحصیلات پزشکان در مورد بیماری‌های کودکان و نوزادان افزایش می‌یابد، نگرش مثبت در رابطه با قطع اقدامات احیاء به تشخیص خود پزشک در نوزادان با آسفیکسی شدید کمتر می‌شود. این موضوع با افزایش سابقه کار و تجربه پزشکان در نوزادان با وزن کمتر از ۱۰۰۰ گرم و سن جنینی کمتر از ۲۵ هفته و آسفیکسی شدید نیز صدق می‌کند، که با مطالعات دیگر هماهنگ است(۱۵،۱۰). به نظر می‌رسد که احتمالاً تجربه بیشتر موجب نگرانی این گروه از پزشکان در مورد افراط در خوش مرگی (هرچند غیر فعال) و افتادن در سراشیبی تند سوء استفاده از حق یا توانایی قطع اقدامات احیاء شده است.

بین میزان بر خورد با نوزادان بسیار بد حال و عملکرد موافق پزشک در مورد قطع اقدامات درمانی در سن جنینی کمتر از ۲۵ هفته به تشخیص خود پزشک و یا به درخواست والدین ارتباط معنی‌داری دیده شده است، که درمطالعه دیگری هم فعالیت در مراکز بیمارستانی دارای تخت‌های زیاد NICU ، با داشتن نظر موافق با این قضیه همراه بود(۱۰). می‌توان این یافته را با مشاهدات پزشک درخصوص عواقب این تصمیم‌گیری بر خانواده‌ها و بار احساسی که آنها تحمل می‌کنند مرتبط دانست.

در میان عوامل تأثیر گذار در تصمیم‌گیری پزشک برای قطع اقدامات درمانی، تعداد فرزندان خانواده، فشار کارکنان بیمارستانی و در خواست والدین نوزاد بیشترین امتیاز را به دست آوردندکه این نتایج با مطالعه Miljeteig در هندوستان قابل قیاس است(۳) در آن مطالعه نشان داده شدکه مسئولیت پزشکان در صورت آگاهی آنها از تاثیر تصمیم ایشان بر اقتصاد خانواده، توانایی تأمین غذا، آموزش، تحصیل فرزندانشان و دسترسی کودکان دیگر به تجهیزات موجود در بخش و استفاده از منابع در یک جمعیت توسعه نیافته بیشتر می‌شده است.

درمورد مرجع تصمیم‌گیری درمورد انجام و یا عدم انجام عملیات احیاء، پزشکان بیشترین امتیاز را کسب کردند. در مطالعات دیگر نیز پزشکان را محق‌ترین افراد در انتخاب بیمارانی که باید اقدامات شدید حمایتی و درمانی را برای آنان متوقف کرد، می‌دانند(۱۶). هرچند آگاهی پزشکان از سیر بیماری و عوارض آن بیش از والدین است، ولی از آنجاکه این والدین هستند که باید با عواقب این تصمیم زندگی کنند، مشارکت آنها در این امر ضروری به نظر می‌رسد. تعداد اندکی از افراد شرکت کننده در مطالعه (حدود ۵ درصد) اعلام کردند که پزشک حق دارد برای مرگ آسان‌تر نوزاد بسیار بدحال به تشخیص خود و یا دستور قاضی به او دارو تجویز کند و تنها ده درصد بنا به درخواست والدین این اجازه را به پزشک می‌دادند و هیچ‌کدام تا کنون به تشخیص خود پزشک یا درخواست والدین و یا به دستور قاضی به نوزاد بسیار بدحال دارویی برای تسریع مرگ او تجویز نکرده بودند که نشان‌دهنده عدم موافقت پزشکان با خوش مرگی (اوتانازی) فعال می‌باشد و این امر با زمینه مذهبی جامعه مسلمان و غیرقانونی بودن تجویز دارو برای تسریع مرگ بیمار در کشور ما توجیه‌پذیر است. هر چند بین نگرش و عملکرد این گروه از پزشکان ایرانی همانند پزشکان اروپائی(۱۰) در مورد عملیات احیاء و میزان تأثیر مسائل مذهبی همراهی دیده نشد، اما بین موافقت پزشکان با تصویب قانون درکشور برای قطع و یا عدم شروع درمان در نوزادان بسیار بدحال و مسائل اعتقادی و مذهبی ارتباط

Archive of SID

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-10]

www.SID.ir

معنی‌داری وجود داشت. این قضیه با توجه به این نکته توجیه پذیر است که در یکی دو دهه اخیر رویکرد متفاوتی در اندیشه برخی اندیشمندان و متفکران فلسفی، اخلاقی وحقوقی نسبت به خوش مرگی (اتانازی) مشاهده شده است که حتی مبنای قانونگذاری در برخی کشورها قرارگرفته است(۱۸). از نظر دینی گرچه پزشک حق ندارد چنین اقدامی انجام دهد اما در مورد میزان تأثیر و رضایت و اجازه بیمار بر میزان عقوبت پزشکی اختلاف نظرهایی وجود دارد(۲۱-۱۹). بدیهی است که در مورد اِذن ولی یا قیم بیمار، ابهام بیشتری وجود دارد. وجود قانون صریح و روشن در کشور، پزشک را در تصمیم‌گیری در خصوص این بیماران راحت می‌گذارد تا با دانستن جزئیات آن، کشمکش فکری در موردعواقب تصمیم‌گیری سلیقه‌ای خود نداشته باشد.

در میان پاسخ‌دهندگان به پرسشنامه‌ها، در زمینه خوش مرگی فعال ۱۹/۸ درصد نظرکاملاً مخالف، ۵۰/۹ درصد نظر مخالف، ۱۳/۲۰ درصد نظر موافق و ۱۰/۴ درصد نظر کاملاً موافق داشتند و در کل بیش از ۷۰ درصد مخالف قطع اقدامات احیاء در نوزادان بسیار بدحال بودند که حاکی از تقدس نفس انسان هر چند معلول، در نگرش پزشکان است. یعنی نگرش تقدس زندگی بر نگرش کیفیت زندگی غلبه دارد. با توجه به اینکه مطالعات قبلی بر تأثیر نگرش پزشکان در این زمینه بر عملکرد آنها تاکید کرده است(۳)، اهمیت این موضوع دو چندان می‌شود. با توجه به اینکه این مطالعه نظرات پزشکان را در این مورد ارزیابی کرده، توصیه می‌شود نگرش والدین نوزادان و مراجع قانونگذاری که خود سهم بزرگی در تصمیم‌گیری دارند، نیز مورد بررسی قرار گیرد تا با گردآوری اطلاعات و کسب تکلیف از مجتهدین مذهبی، اشراف به این موضوع برای قانونگذار بیشتر شود. نوزادانی که وضع قانون در مورد آنها ضرورت دارد، سه‌گروه هستند: اول نوزادانی که احتمال زنده ماندن آنها با امکانات موجود وجود ندارد. دوم نوزادانی که پیش آگهی خیلی بدی دارند و وابسته به مراقبت‌های ویژه هستند و اگر زنده بمانند، پیش‌آگهی و کیفیت زندگی خیلی بدی خواهند داشت. گروه سوم، نوزادانی هستند که وابسته به مراقبت‌های ویژه نیستند ولی پیش‌آگهی نا امیدکننده‌ای دارند و از نظر والدین و پزشکان خبره، رنج غیرقابل تحمل خواهند داشت(۹).

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به محدود بودن موقعیت جغرافیایی مطالعه اشاره کرد. توصیه می‌شود مطالعه وسیع‌تری روی نمونه‌های بیشتری از سراسر کشور انجام شود. علیرغم اطمینان بخشی مبنی بر محرمانه بودن اطلاعات فردی، احتمال کم گزارش‌دهی (underreporting) را نمی‌توان نادیده گرفت. هرچند این معضل در سایر مطالعات نیز وجود داشته است(۱۰). از دیگر محدودیت‌ها، می‌توان به عدم شرکت عده‌ای از پزشکان و عدم پذیرش برخی از آنها حتی در مطرح کردن موضوع طرح اشاره کرد.

باتوجه به جوان بودن رشته فوق تخصصی نوزادان در ایران و نوپا بودن بخش‌های ویژه نوزادان و تعداد کم پزشکان فوق تخصصی نوزادان، بررسی اثر متغیر های مختلف در نگرش و عملکرد این افراد به ویژه در یک منطقه جغرافیایی محدود قابلیت تعمیم‌پذیری خوبی ندارد. این مطالعه به نظرسنجی از پزشکان شاغل در ساری و بابل پرداخته است، و کسانی که مورد پرسش قرار گرفته‌اند از نظرکار روی نوزاد بدحال و کم وزن یکسان نبوده‌اند. در حالیکه برخی از پزشکان تنها در مطب‌ها به ویزیت کودکان مشغولند و به ندرت با نوزاد بدحال روبرو می‌شوند، پزشکان شاغل در بخش‌های نوزادان وNICU هر لحظه با چالش تصمیم‌گیری در این مورد همراهند. بدیهی است که نگرش و عملکرد چنین گروه ناهمگونی، ارزش یکسان ندارد.

سپاسگزاری

از کلیه پزشکان و دستیاران که در این پژوهش همکاری کردند، و بخصوص از سرکار خانم دکتر فاطمه ادبی به خاطر کمک به اجرای این پژوهش صمیمانه سپاسگزاری می‌شود.

Archive of SID
[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-10]
www.SID.ir

References

1. Costa D, Ghazal H, Khusaiby S. Do not resuscitate orders and ethical decisions in a neonatal intensive care unit in a muslim community. Arch Dis Child Fetal Neonal Ed 2002; 86: 115-119.
2. Byrne S, Gold Smith JP. Non-initiation and discontinuation of Resuscitation: Clin Perinatol 2006; 33: 197-218.
3. Miljeteig I, Norheim Of. My job is to keep him alive, but what about his brother and sister? How Indian doctor experience ethical dilemmas in neonatal medicine: Dev World Bloeth 2006; 6: 23-32.
4. Bellini C. Quality of life is a misnomer: the case for neonatal Euthanasia: J Medicine Person 2006; 4: 103-105.
5. Garel M, Seguret S, Kamnski M, Cuttini M. Ethical decision making for extremely preterm deliveries. J Matern Fetal Neonatal Med 2004; 15: 394-399.
6. Richards N. Life or death decisions in the NICU. J Perinatal 2006; 26: 248-251.
7. Singh J, Lantas J, Meadow W. End of life after birth: death and dying in a neonatal intensive care unit. Pediatric 2004; 114: 1620-1626.
8. Semioni U, Vendemmia M, Ritotti A, Gammerre M. Ethical dilemmas in extreme prematurity: recent answer, more questions. Eusj Obstet Gynecol Reprod Biol 2004; 117: supp1: 33-36.
9. Verhagen E, Sayer PJ. The groningen protocol-Euthanasia in Severely ill Newborns. New Engl J Med 2005; 352: 959-962.
10. Rebagliato M, Cuttini M, Broggin L. Neonatal end of life decision making. JAMA 2000; 284: 24s1-2459.
11. Mantin R.J, Fanarrolf AA, Walsh CM. Neonatal- perinatal medicine, disease of fetus and infant: 8th edition. Philadelphia: Mosby; 2006. P 35-47.
12. Sadock B, Sadock V. Comprehensive textbook of psychiatry, 8th ed. New york: Lippincott Williams & wilkins; 2005. p 2362.
13. Vehangen E, Sauer P.J. End of life decisions in new borns.An approach from the netherland. Pediatrics 2005; 116: 736-739.
14. Guedi M, Gibert M, Maudet A. the acceptability of ending a patient's life. J Med Ethics 2005; 31: 311-317.
15. Cuttini M, casotto V, Kaminski M. Should euthanasia be legal? An international survey of neonatal intensive care unit staff. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2004; 89: 19-24.
16. Streiner DL, saigal S, Burrows E, Stroskopf B, Rasenbaum P. Attitudes of parents and health care professionals toward active treatment of extremely premature infants. Pediatrics 2001; 108(1): 152-157.
17. Kliegman RM, Behrman RE, Janson HB, Stanton BF. Nelson text book of pediatrics: 18th edition. Philadelphia: Saunders; 2007. p 40.
18. Abaasi M. Mercy killing, a new challenge beyond medical ethics and law. Ettelaat paper: 23683: 15-18.
19. Oodeh A. A ttashrioljenaiioleslami. Beirut: Darol ketabelarabi; 1974: 441.
20. Ayatoollahozma khoee. Mat baoladab 1976.
21. Mohaghaghe Helli. Sharayeoleslam Najafe Ashraf: Matbool adab 1976.

Archive of SID

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-10]

www.SID.ir