Iranian Journal of Critical Care Nursing
Vol. 4, No. 1, Spring 2011
Page: 23 - 32

مجله پرستاری مراقبت ویژه
دوره 4، شماره 1، بهار 1390
صفحات: 32 - 23

نقش ویژگی‌های فردی و الگوی قضاوت در نگرش به اتانازی

ناصر آقابابایی* MA، جواد حاتمی PhD، رضا رستمی MD

گروه روانشناسی، دانشکده‌ی روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

چکیده

مقدمه: در حالی که اتانازی از بحث‌انگیزترین موضوعات در حوزه‌ی مراقبت‌های پایان حیات است، درباره‌ی هم‌بسته‌های روان‌شناختی نگرش به آن، به ویژه در ایران اطلاعات چندانی در دست نیست. پژوهش حاضر، با هدف "سنجش میزان پذیرش اتانازی، و بررسی نقش متغیرهای شخصیتی و دینی در نگرش به اتانازی" انجام شد.

روشها: این مطالعه که از نوع توصیفی ـ تحلیلی است روی 233 دانشجوی دانشگاه تهران انجام شد. ابزار مطالعه، پرسش‌نامه‌های زیر بودند: پذیرش اتانازی، مقیاس نگرش به اتانازی، مقیاس پنج عامل بزرگ شخصیت و مقیاس سبک‌های دین‌داری. هم‌چنین، شرکت‌کنندگان سناریوی واگن را مطالعه کردند و به داوری درباره‌ی آن پرداختند. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS و روش‌های آمار توصیفی و استنباطی شامل فراوانی، آزمون تی، هم‌بستگی و رگرسیون تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد 63/9 درصد و 58/8 درصد شرکت کنندگان به ترتیب با اتانازی فعال و غیر فعال مخالف بودند. میزان مخالفت با اتانازی فعال، بیش از مخالفت با نوع غیر فعال بود ($p<0/05$). جنسیت و سن شرکت‌کنندگان رابطه‌ای با پذیرش اتانازی و نگرش به آن نداشت. از میان متغیرهای شخصیتی و دینی، تنها متغیرهای دینی با نگرش به اتانازی رابطه (منفی) داشتند و الگوی قضاوت مخالفان و موافقان اتانازی، تفاوت چندانی نداشت.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، بیش‌تر دانش‌جویان ایرانی با اتانازی مخالفند و مخالفت آن‌ها با اتانازیِ فعال، بیش از نوع غیر فعال اتانازی است. نقش دین‌داری در مخالفت با اتانازی متأثر از عوامل شخصیتی نیست. یافته‌های این پژوهش ضمن برجسته‌تر ساختن تفاوت اتانازی فعال و غیرفعال، حمایت ضعیفی از استدلال شیب لغزنده فراهم آورد.

واژگان کلیدی: اتانازی، نگرش به اتانازی، معمّای واگن، ویژگی‌های فردی، اخلاق پزشکی.

The role of individual characteristics and judgment pattern in attitude towards euthanasia

Nasser Aghababaei* MA, Javad Hatami PhD, Reza Rostami MD

Department of Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran

Abstract

Introduction: While euthanasia is the most controversial subject in end-of-life care field, there is very little available information about psychological correlations of attitude towards it particularly in Iran. The present study aimed “to assess the acceptance rate of euthanasia and evaluate the role of personality and religious variables in attitudes towards euthanasia”.

Methods: This was a descriptive-analytical study on 233 students of Tehran University. The data collection tools included the following questionnaires: euthanasia acceptance, euthanasia attitude scale, five-factor personality models and religious orientation scale. Furthermore, the participants studied the "Trolley Scenario" and judged about it. The data were analyzed using software SPSS and descriptive and inferential statistics including frequency, t-test, correlation and regression.

Results: The results indicated that 63.9% and 58.8% of the participants were opposed with active and passive euthanasia, respectively. The opposition rate with active euthanasia was more than the opposition rate with passive one ($p<0.05$). Sex and age of the participants had no association with acceptance of euthanasia and attitude towards it. Among the personality and religious variables, only the religious variables were associated (negatively) with attitude towards euthanasia. Besides, the judgment pattern of the pros and cons of euthanasia had not so much difference.

Conclusion: According to the study findings, the majority of the Iranian students were opposed with euthanasia and their opposition with active euthanasia was more than that of the passive one. The role of religiosity in opposition with euthanasia was not affected by the personality factors. The findings of the present study in addition to emphasizing the difference of active and passive euthanasia, weakly supported the slippery slope argument.

Keywords: Euthanasia, Attitude towards euthanasia, Trolley scenario, Individual characteristics, Medical ethics.

*نویسنده مسؤول: ناصر آقابابائی ، تمام درخواست‌ها باید به نشانی naseragha@gmail.com فرستاده شوند.

دریافت مقاله: 89/8/5 پذیرش مقاله: 89/12/10

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

مقدمه

پیشرفت‌های اخیر در پزشکی و تکنولوژی‌های وابسته، مفهوم مرگ را تغییر داده است. بیش‌تر تکنولوژی‌های پزشکی بر تغییر روند زندگی مؤثرند و افراد می‌توانند مدت‌ها با وجود بیماری زندگی کنند. با استفاده از تکنولوژی در پزشکی و در نتیجه زندگی بخشیدن یا نجات جان انسان‌ها از بیماری یا کاهش رنج آن‌ها، موضوع کجا و چگونه مردن در سال‌های اخیر اهمیت ویژه‌ای یافته‌است. اتانازی مهم‌ترین اصطلاحی است که در این زمینه مورد بحث قرار گرفته است. نکات مورد بحث در رابطه با اتانازی، عمدتاً مباحثی اخلاقی‌اند و پرسش‌هایی بنیادی در رابطه با آن مطرح شده است، مثلاً آیا حقی وجود دارد که بر اساس خواسته‌ی کسی، مرگ را در وی تسهیل کنیم؟ آیا این امر اخلاقی است که برای نجات جان فردی، به زندگی فرد دیگر که امیدی به زنده ماندنش نیست خاتمه دهیم [1 و 2]؟

اتانازی را به دو نوع فعال و غیرفعال تقسیم کرده‌اند. در نوع فعال بیمار خود تصمیم‌گیرنده است و از پزشک می‌خواهد به زندگی او خاتمه دهد که این کار با انجام یک «فعل» مانند تزریق داروی کشنده، انجام می‌شود. در نوع غیرفعال، بیمار درمان خود را رد می‌کند تا در مرگش تسریع شود، بی آن‌که فعالیت خاصی انجام شود. برای مثال، بیمار با توقف مراحل درمان، قطع دارو، و حذف تجهیزات، خود را در شرایطی می‌گذارد که نجات از آن محال به نظر می‌رسد [3]. موافقان و مخالفان اتانازی به طور سنتی بین دو نوع فعال و غیرفعال تمایز گذارده‌اند؛ اما در مورد تفاوت اخلاقی آن دو بحث و تردید وجود دارد. تمایز اتانازی فعال و غیرفعال مبتنی بر تفاوت اخلاقی کشتن و «اجازه مردن دادن» است [4 و 5]. این تحلیل نیز نتوانسته گره‌ای از معمای اتانازی بگشاید؛ چرا که به باور برخی، تمایز کشتن و «اجازه مردن دادن» نیز روشن نیست و اگر هم باشد از نظر اخلاقی مهم نیست [6]. یکی از نگرانی‌ها و استدلال‌های مخالفان اتانازی، استدلال «شیب لغزنده» است [7 و 8]. طرف‌داران این نظریه می‌گویند: هنگامی که جامعه بتواند پایان دادن به زندگی را بپذیرد، دیگر هیچ روش عقلانی برای محدود کردن اتانازی و بازداشتن از سوءِ استفاده از آن نیست. بر پایه نظریه‌ی شیب لغزنده، اتانازی مانند لبه‌ی نازک یک گُوِه است که وقتی جا بیفتد به شدت در جامعه رواج می‌یابد. قانونی کردن اتانازی ارادی، خواه‌ناخواه به قانونی شدن اتانازی غیر ارادی می‌انجامد [1]. دامنه‌ی این شیب، به قانونی شدن خودکشی، کشتن افراد مسن و کسانی که قادر به دفاع از خود نیستند، فقرا و مبتلایان به بیماری‌هایی چون ایدز نیز گسترش خواهد یافت [9 و 11] و از اتانازی بیماران پایانی تا اتانازی بیماران روانی نیز راه چندانی نیست [12].

پژوهش‌های تجربی، نگرش به انواع اتانازی، استدلال موافقان و مخالفان، و برخی هم‌بسته‌های نگرش به اتانازی را به دست داده‌اند. از میان هم‌بسته‌های نگرش به اتانازی، به متغیرهای جمعیت شناختی بیش از همه توجه شده است. در پژوهشی 40 درصد پزشکان مکزیکی با کمک کردن به بیماران پایانی که به خاطر رنج غیرقابل تحمل ناشی از بیماری غیرقابل علاج خواستار مرگ شدند موافقت کردند. دلیل اصلی موافقان، احترام به خودگردانی (autonomy) بیماران و خانواده، و اجتناب از رنج بود. در حالی که مخالفان، دیگر ملاحظات اخلاقی و به ویژه دینی را ابراز کردند [13]. مطالعه‌ای در فنلاند نشان داد 34 درصد پزشکان، 46 درصد پرستاران، و 50 درصد جمعیت عمومی در برخی موارد، اتانازی را قابل قبول دانسته‌اند. اتانازی غیرفعال در موارد دمانس شدید بیش از سایر موارد پذیرفتنی تلقی شد و همه‌ی انواع اتانازی برای افراد مسن‌تر، پذیرفتنی‌تر بود [14]. یک پژوهش در افراد مسن نشان داد از سه متغیر جنسیت، نژاد و دین‌داری، تنها نژاد با نگرش به اتانازی هم‌بستگی داشت [15]. در استرالیا، پرستاران غیرمذهبی یا با ضعیف‌ترین باورهای دینی، بیش‌ترین حمایت را از اتانازی داشتند [16]. در هنگ‌کنگ، هیچ یک از عوامل جنسیت، سن، سطح تحصیلات، تجربه شخصی و باورهای دینی با نگرش به تصمیم‌های پایان زندگی مرتبط نبودند [17]. زمینه‌یابی در استرالیا و شش کشور اروپایی نیز حکایت از رابطه‌ی منفی اهمیت دین برای پزشکان و نگرش آنان به اتانازی داشت [18]. در ترکیه 77 درصد پزشکان اظهار داشتند هر کسی حق دارد درباره‌ی زندگی‌اش تصمیم بگیرد، اما تنها 16 درصد با قانونی شدن اتانازی موافقت کردند [19]. در دانش‌جویان ترکیه‌ای، سن و جنسیت رابطه‌ای با پذیرش اتانازی نداشت؛ اما دین‌داری بیش‌ترین رابطه را داشت. داشتن نظرگاه اسلامی بر نگرش به اتانازی اثر منفی داشت [20]. در نمونه‌ای از انترن‌های ایرانی شاغل در بیمارستان هم، 54 درصد با اتانازی مخالفت کردند. در این پژوهش، نگرش به اتانازی با سن و جنسیت پاسخ‌دهندگان رابطه نداشت [21].

پژوهش‌ها درباره‌ی نگرش به اتانازی در چارگوشه دنیا با فرهنگ‌ها و ادیان مختلف نشان داده‌اند که گرایشات دینی یکی از قوی‌ترین هم‌بسته‌های نگرش منفی به اتانازی است [9، 11، 13، 14، 16، 18، 20، 22 و 29]؛ اما جای این پرسش وجود دارد که آیا این رابطه یگانه است یا متأثر از یک متغیر سوم شخصیتی؟ پژوهش *لستر* و همکارانش [30] نشان داد اخلاقی دانستن موضوعات مربوط به مرگ خود مانند خودکشی، با نمرات بالای روان‌پریشی گرایی هم‌بسته است و اخلاقی دانستن موضوعات مربوط به مرگ دیگران، مانند جنگ با نمرات پایین روان رنجورخوئی هم‌بسته است. یافته‌ی آنان حاکی از آن بود که اخلاقی دانستن اتانازی غیرفعال با نمرات پایین در روان رنجورخویی هم‌بسته بود و اخلاقی دانستن اتانازی فعال با نمرات پایین در مقیاس دروغ هم‌بسته بود. هم‌چنین یافته‌ی آنان نشان داد که نگرش به اتانازی فعال و غیرفعال، با خودکشی هم‌بستگی داشت و با هم در یک عامل جای گرفتند. آنان احتمال

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

دادند که اتانازی، تفکر درباره‌ی مرگ خود فرد را بر می‌انگیزاند. پژوهش *لستر* و *فرانسیس* [31] نشان داد دین‌داری با اندیشه‌پردازی خودکشی رابطه‌ی منفی دارد. دین‌داری، با کنترل کانون اسناد و افسردگی نیز توانست تفکر درباره خودکشی را تبیین کند، اما پس از کنترل عامل شخصیتی روان رنجورخویی، نتوانست نمرات گرایش به خودکشی را پیش‌بینی کند. این یافته‌ها حکایت از نقش برخی عوامل شخصیتی در نگرش به موضوعات مرگ و زندگی، و گرایش به رفتارهای مرتبط با آن دارد. جستجوی ما نشان داد که پژوهش مشابهی درباره‌ی رابطه‌ی دین‌داری، عوامل شخصیت، و نگرش به اتانازی در دست‌رس نیست؛ از این رو این پرسش را دوباره برجسته می‌کنیم که آیا در نمونه‌های ایرانی، بین عوامل شخصیت و نگرش به اتانازی رابطه‌ای هست؟ آیا رابطه‌ی منفی دین‌داری با نگرش به اتانازی، یگانه است یا متأثر از عوامل شخصیتی؟

معمای واگن، یک معمای اخلاقی است که ضمن فراهم آوردن مقایسه قضاوت سودمدار (غایت‌مدار) و اخلاق‌مدار (وظیفه‌مدار)، امکان بررسی قضاوت درباره مفاهیم زیربنایی دو نوع اتانازی یعنی کشتن و اجازه‌ی مردن دادن، و شیب لغزنده را به دست می‌دهد. در این معما فرد بین الف: کشتن یک فرد و نجات پنج نفر و ب: اقدام نکردن برای نجات جان پنج نفر یعنی «اجازه‌ی مردن دادن» مخیر است. ترجیح کشتن، به تفاوت اخلاقی کشتن و اجازه مردن دادن تعبیر می‌شود، و به نفع تمایز اخلاقی اتانازی فعال و غیرفعال تفسیر خواهد شد. بر این اساس، پژوهش حاضر با اهداف ذیل انجام پذیرفت: 1. بررسی میزان پذیرش اتانازی در گروهی از دانش‌جویان ایرانی، 2. بررسی نقش ویژگی‌های فردی شامل جنسیت، سن، عوامل شخصیتی، و گرایش‌های دینی در نگرش به اتانازی، 3. بررسی نقش الگوی قضاوت در نگرش به اتانازی.

روش‌ها

این پژوهش، مطالعه‌ای توصیفی ـ تحلیلی است که روی دانشجویان رشته‌های مختلف دانشگاه تهران شامل رشته‌های انسانی، پایه، فنی، هنر، و پزشکی در سال تحصیلی 1389- 1388 اجرا شد. علت انتخاب مرکز علمی یاد شده، دسترسی پژوهش‌گران به آن‌ها بود. 233 دانشجو شامل 117 زن و 116 مرد با روش نمونه‌گیری در دسترس به عنوان نمونه مورد بررسی در پژوهش شرکت کردند. میانگین سنی شرکت کنندگان 2/5 ±23/18 سال با دامنه 18 تا 35 بود. حجم نمونه با توجه به آزمون‌های به کار بسته شده در پژوهش بسنده و مناسب است [32]. برای سنجش متغیرهای پژوهش از ابزارهای ذیل استفاده شد.

پذیرش اتانازی: شرکت کنندگان پس از مطالعه‌ی تعریف اتانازی فعال و غیرفعال، موافقت یا مخالفت خود را با آن دو در یک مقیاس هفت درجه‌ای مشخص کردند. تعاریف چنین بود: «اتانازی اصطلاحی پزشکی است که به خاتمه دادن عمدی و آسان به زندگی یک فرد با بیماری غیر قابل درمان، با رنج زیاد، و بدون امید به بهبودی اشاره دارد و به دو نوع عمده تقسیم می شود: 1. اتانازی فعال: در اتانازی فعال، بیمار از پزشک می خواهد به زندگی او خاتمه دهد که این کار با انجام یک «فعل» مثل تزریق داروی کشنده، انجام می شود. 2. اتانازی غیرفعال: در اتانازی غیرفعال، بیمار درمان خود را رد می کند تا در مرگش تسریع شود بی آن‌که فعالیت خاصی انجام شود. برای مثال بیمار با توقف مراحل درمان، قطع دارو و حذف تجهیزات، خود را در شرایطی قرار می‌دهد که نجات از آن محال به نظر می رسد» [3]. این تعریف، با وجود فارغ بودن از پیچیدگی‌های فنی، مؤلفه‌های اصلی اتانازی را در بر دارد.

مقیاس نگرش به اتانازی: این مقیاس، در دهه‌ی 1970 برای سنجش نگرش دانش‌جویان به اتانازی ساخته شد و در دهه نود توسط *راجرز* [9] برای سنجش ارزش‌های اجتماعی و قضاوت اخلاقی درباره اتانازی، اصلاح شد. در یک اصلاح جدید، گویه‌های این مقیاس زیر چهار دامنه دسته بندی شدند: ملاحظات اخلاقی، ملاحظات عملی، ارج نهادن به زندگی و باورهای طبیعت‌گرایانه [2]. اما جدیدترین تحلیل عاملی توسط *تانگ* و هم‌کارانش [33] مؤیّد یک ساختار سه‌عاملی بود. آلفای کرونباخ مقیاس برابر با 0/85 و هم‌بستگی آن با مقیاس حق مردن برابر با 0/46 بود که به ترتیب نشان دهنده‌ی رضایت‌بخش بودن پایایی درونی و روایی هم‌گرای مقیاس است [2 و 9]. نسخه فارسی مقیاس، روند استاندارد ترجمه و ترجمه برگردان را طی کرد تا از صحت ترجمه اطمینان حاصل شود. برای آزمودن روایی هم‌گرای نسخه فارسی، نمرات افراد در این مقیاس با نمره‌ی آن‌ها در قضاوت اخلاقی درباره اتانازی مقایسه شد. هم‌بستگی این دو نمره برابر با 0/54 بود. پایایی درونی نسخه‌ی فارسی با روش ضریب آلفای کرونباخ نیز برابر با 0/88 به دست آمد [34]. پایایی مقیاس در پژوهشی دیگر برابر با 0/89 بود [35]. ضمن اینکه تحلیل عاملی نسخه‌ی فارسی همانند پژوهش *تانگ* و همکارانش [33] مؤیّد یک ساختار سه عاملی بود [34].

مقیاس پنج عامل بزرگ شخصیت: این مقیاس پنجاه گویه‌ای به وسیله‌ی *گلدبرگ* [36 و 37] براساس الگوی پنج‌عاملی شخصیت طراحی شده است و پنج عامل ثبات هیجانی، برون‌گرایی، تجربه-پذیری، توافق، و وظیفه شناسی را می‌سنجد. روایی آن از طریق هم-بستگی با چند پرسش‌نامه‌ی شخصیتی از جمله شانزده عاملی کتل برابر با 0/73 گزارش شده است. نسخه‌ی فارسی مقیاس توسط *قربانی* و هم‌کارانش [38] با روش استاندارد ترجمه و ترجمه برگردان تهیه شد. ضریب آلفای کرونباخ در زیر مقیاس‌های برون‌گرایی، توافق، وظیفه‌شناسی، ثبات هیجانی، و تجربه‌پذیری در گروهی از دانش‌جویان ایرانی به ترتیب برابر بودند با: 0/50، 0/60، 0/70، 0/70، و 0/65 [38]. هم‌بستگی نسخه خودگزارشی مقیاس با نسخه

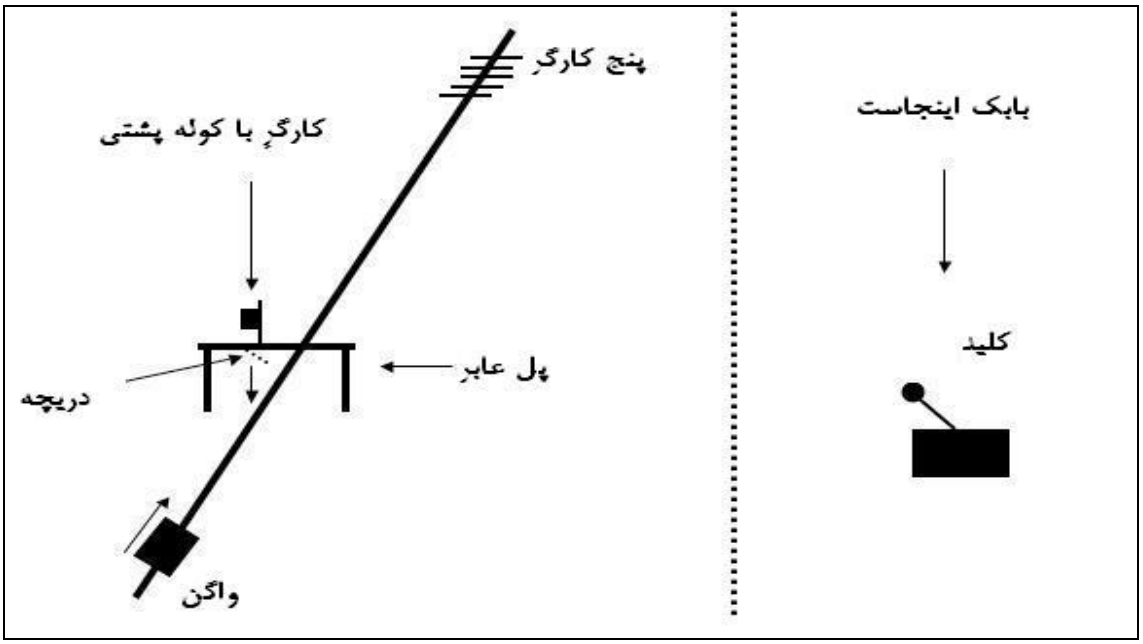
[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

دگرگزارشی آن در گروهی دیگر از دانش‌جویان ایرانی برای خرده مقیاس‌های یاد شده مثبت، و به ترتیب برابر با 0/38، 0/27، 0/37، 0/30، و 0/25 بدست آمد [39].

مقیاس تجدید نظر شده سبک‌های دین‌داری: این مقیاس چهارده گویه‌ای که برگرفته از مقیاس *آلپورت* و *راس* است شامل سه عامل جهت‌گیری دینی درونی، برونی اجتماعی و برونی فردی است. پایایی درونی این پرسش‌نامه با روش آلفای کرونباخ برابر با 0/83بوده است. این مقیاس، قابلیت کاربرد در افراد با سطوح مختلف تحصیلی را دارد [40 و 41]. نسخه‌ی فارسی این مقیاس نیز توسط *قربانی* و هم-کارانش [42] طی روند استاندارد ترجمه و ترجمه برگردان تهیه شد. پایایی درونی خرده مقیاس‌های آن با روش آلفای کرونباخ در ایالات متحده به ترتیب برابر با 0/84، 0/59، و 0/62 و در ایران به ترتیب برابر با 0/74، 0/68، و 0/65 بدست آمد. هم‌بستگی این مقیاس با مقیاس جهت‌گیری دینی مسلمانان ـ مسیحیان در ایالات متحده و ایران حاکی از روایی هم‌گرای مقیاس است. شرکت‌کنندگان، به این پرسش‌نامه و دو پرسش‌نامه پیشین در یک مقیاس پنج‌درجه‌ای از عمدتاً نادرست تا عمدتاً درست پاسخ دادند.

معمای واگن: معمای واگن از دوراهی‌های معروف اخلاقی است که پژوهش‌گران با دست‌کاری در اجزای داستانِ آن، به مطالعه‌ی قضاوت اخلاقی افراد می‌پردازند [43]. علاوه بر پژوهش‌گران رشته-های فلسفه [44] و روان‌شناسی [45]، علاقه‌مندان به مطالعه‌ی زیرلایه‌های عصبی اخلاق [46] نیز از معمای واگن در مطالعات عصب‌شناختی به عنوان محرک استفاده می‌کنند. متن معمای 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 می‌کند و موجب مرگشان می‌شود. اما می‌توان از مرگ این پنج کارگر جلوگیری کرد. بابک که نظاره‌گر ماجراست، اتفاقاً نزدیک کلیدی است که دریچه پل عابر پیاده را باز می کند، دریچه‌ای که کارگر دارای کوله پشتی بزرگ روی آن ایستاده است. بابک متوجه می‌شود که می‌تواند با زدن کلید که کارگرِ دارای کوله پشتیِ بزرگ را روی ریل می‌اندازد، از مرگ آن پنج کارگر جلوگیری کند. واگن با کارگر برخورد خواهد کرد؛ ترکیب وزن کارگر و کوله‌پشتی برای توقف واگن کافی است و به جلوگیری از مرگ آن پنج کارگر می‌انجامد. اما تصادف، باعث مرگ کارگر دارای کوله‌پشتی می‌شود». شرکت-کنندگان پس از خواندن داستان، به این پرسش‌ها پاسخ دادند: 1. آیا از نظر اخلاقی پذیرفتنی است بابک با زدن کلید جان پنج کارگر را نجات دهد، که در عوض به مرگ یک کارگر منجر می شود؟ 2. اقدام بابک تا چه اندازه از نظر اخلاقی پذیرفتنی است؛ از 1 (کاملاً غیرقابل قبول) تا 9 (کاملاً قابل قبول). برای درک بهتر موقعیت، سناریو همراه با تصویر مربوطه ارایه شد (تصویر شماره 1).

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نسخه 16 نرم افزار SPSS استفاده شد. روش‌ها و شاخص‌های آماری به کار بسته شده شامل فراوانی، ضریب هم‌بستگی، آزمون تی مستقل و وابسته، و رگرسیون بود.



تصویر 1. تصویر مربوط به معمای واگن. اقتباس از گرین و همکاران [45].

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

جدول 1. مقایسه نمرات دو جنس در متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین (انحراف معیار)		مقدار p
	دانشجویان زن	دانشجویان مرد	(t مستقل)
پذیرش اتانازی فعال	2/81 (1/99)	2/77 (2/35)	0/892
پذیرش اتانازی غیرفعال	3/15 (1/98)	2/91 (2/13)	0/385
ملاحظات اخلاقی	2/62 (1/05)	2/67 (1/09)	0/771
ملاحظات عملی	2/18 (0/88)	2/27 (0/93)	0/436
ارج نهادن به زندگی	2/84 (0/42)	2/90 (0/46)	0/352
باورهای طبیعت‌گرایانه	2/59 (0/84)	2/39 (0/78)	0/071
نمره‌ی کل مقیاس نگرش به اتانازی	10/31 (2/44)	10/21 (2/41)	0/698
برون‌گرائی	3/08 (0/74)	3/12 (0/62)	0/709
توافق	4/03 (0/51)	3/86 (0/55)	0/012
وظیفه‌شناسی	3/77 (0/72)	3/36 (0/71)	0/000
ثبات هیجانی	3/04 (0/75)	3/06 (0/75)	0/603
تجربه‌پذیری	3/64 (0/54)	3/65 (0/58)	0/888
جهت‌گیری دینی درونی	3/40 (0/76)	3/29 (0/75)	0/270
جهت‌گیری دینی برونی اجتماعی	1/90 (0/85)	12/2 (0/85)	0/046
جهت‌گیری دینی برونی فردی	3/80 (1/02)	3/45 (1/17)	0/016
معمای واگن	3/75 (2/66)	4/16 (2/94)	0/280

یافته‌ها

نتایج نشان داد 63/9 و 58/8 درصد پاسخ دهندگان به ترتیب با اتانازی فعال و غیر فعال مخالف‌اند. 24/9 و 24/5 درصد با آن دو موافق‌اند. 6/9 و 12/4 درصد نیز نه موافق‌اند و نه مخالف. میانگین نمره‌ها در اتانازی فعال و غیرفعال به ترتیب برابر با 2/1 ± 2/79 و 2/0 ± 3/04 است. آزمون تی وابسته نشان داد میزان موافقت با اتانازی غیرفعال بیش از اتانازی فعال است (t=1/05 ، p<0/05). برای تحلیل داده‌ها، نخست، آزمون تی مستقل برای مقایسه نمرات دو جنس در متغیرهای پژوهش انجام شد. یافته‌ها نشان داد دو جنس در هیچ یک از متغیرهای اتانازی تفاوت معناداری ندارند (جدول 1). با توجه به این‌که تفاوت دو جنس در سایر متغیرها نیز تأثیر چندانی در نتایج نداشت، تحلیل‌های آماری پژوهش در مورد شرکت‌کنندگان زن و مرد، به عنوان یک گروه انجام شد.

تحلیل هم‌بستگی، رابطه منفی نگرش به اتانازی را با متغیرهای دینی و شخصیتی نشان داد. از میان عوامل شخصیتی، نگرش به اتانازی تنها با توافق رابطه‌ی اندکی داشت. از میان متغیرهای دینی، قوی‌ترین رابطه را با جهت‌گیری درونی داشت و ضعیف‌ترین رابطه را با جهت‌گیری برونی اجتماعی. سن پاسخ‌دهندگان هم با هیچ یک از

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

جدول 2. ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش.

متغیر	پذیرش اتانازی فعال	پذیرش اتانازی غیرفعال	ملاحظات اخلاقی	ملاحظات عملی	ارج نهادن به زندگی	باورهای طبیعت گرایانه	نمره کل مقیاس
پذیرش اتانازی فعال	1	0/63	0/75**	0/57**	0/11	0/34**	0/66**
پذیرش اتانازی غیر فعال	0/63	1	0/63**	0/54**	0/16*	0/35**	0/63**
برون‌گرائی	0/08	0/04	0/05	0/04	0/02	-0/04	0/05
توافق	-0/05	-0/01	-0/08	-0/13*	-0/21**	-0/07	-0/11
وظیفه‌شناسی	-0/10	-0/01	-0/08	-0/06	-0/02	-0/04	-0/05
ثبات هیجانی	-0/01	0/00	-0/09	-0/01	0/08	0/12	-0/01
تجربه‌پذیری	0/08	0/10	-0/01	-0/06	-0/04	-0/07	-0/02
جهت‌گیری دینی درونی	-0/27**	-0/23**	-0/42**	-0/31**	-0/16*	-0/19**	-0/39**
جهت‌گیری دینی برونی اجتماعی	-0/07	-0/14*	-0/19**	-0/05	0/10	-0/04	-0/11
جهت‌گیری دینی برونی فردی	-0/26**	-0/32**	-0/34**	-0/24**	-0/20**	-0/20**	-0/34**

مقیاس‌های اتانازی هم‌بستگی نداشت. چنان‌چه در جدول 2 مشاهده می‌شود از میان مؤلفه‌های چهارگانه نگرش به اتانازی، ملاحظات اخلاقی و سپس ملاحظات عملی، قوی‌ترین رابطه را با پذیرش اتانازی داشتند. ارج نهادن به زندگی با اتانازی فعال رابطه‌ای نداشت و رابطه‌اش با اتانازی غیرفعال ضعیف بود.

در تحلیل رگرسیون، از بین توافق و سه خرده مقیاس جهت‌گیری دینی، تنها جهت‌گیری دینی درونی توانست به طور معناداری متغیرها را به گونه‌ای که در پی می‌آید پیش‌بینی کند: 9 درصد از واریانس نمره موافقت با اتانازی فعال ($F=11/04$، $R^2=0/09$)، 20 درصد از واریانس نمره ملاحظات اخلاقی ($F=18/48$، $R^2=0/20$) و 11 درصد از واریانس نمره ملاحظات عملی ($F=9/12$، $R^2=0/11$). جهت‌گیری دینی درونی و برونی فردی نیز در مجموع 17 درصد از واریانس نمره کل مقیاس نگرش به اتانازی را پیش‌بینی کردند ($F=22/75$، $R^2=0/17$). هم‌چنین جهت‌گیری دینی برونی فردی 10 درصد از واریانس نمره موافقت با اتاتازی غیر فعال ($F=8/51$، $R^2=0/10$) و توافق، 6 درصد از واریانس نمره ارج نهادن به زندگی را پیش‌بینی کردند ($F=6/03$، $R^2=0/06$). هیچ یک از متغیرها، به پیش‌بینی باورهای طبیعت‌گرایانه دست نیافتند.

بررسی پاسخ به معمای واگن، نشان داد 66/1 درصد پاسخ‌دهندگان اقدام بابک در کشتن یک نفر برای نجات پنج نفر را از نظر اخلاقی غیرقابل قبول دانستند. تحلیل رابطه‌ی پاسخ به معمای واگن و متغیرهای اتانازی نشان داد دو گروه موافق و مخالف با اقدام بابک تنها در زیر مقیاس ملاحظات عملی تفاوت دارند؛ افرادی که کشتن را از نظر اخلاقی قابل قبول دانستند، نمرات بالاتری در این خرده مقیاس داشتند. موافقان با کشتن یک نفر برای نجات پنج نفر، در عامل‌های وظیفه‌شناسی و تجربه‌پذیری نیز نمرات پایین‌تری داشتند (جدول 3).

بحث

اتانازی از بحث‌برانگیزترین موضوعات اخلاق پزشکی در حوزه مراقبت‌های پایان حیات است [1]؛ اما درباره‌ی هم‌بسته‌های نگرش به آن، به ویژه در ایران، اطلاع چندانی در دست نیست. پژوهش حاضر با هدف بررسی میزان پذیرش اتانازی در گروهی از دانش-جویان ایرانی آغاز شد و دو خط پژوهشی را پی گرفت: یکی به دست دادن هم‌بسته‌های روان‌شناختی نگرش به اتانازی و دیگری بررسی الگوی داوری در اتانازی. خط پژوهشی نخست به این پرسش اصلی

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

جدول 3. مقایسه نمرات مخالفان و موافقان اقدام بابک در متغیرهای پژوهش.

متغیر	میانگین (انحراف معیار)		مقدار p
	مخالفان با اقدام بابک	موافقان با اقدام بابک	(t مستقل)
پذیرش اتانازی فعال	2/66 (2/15)	3/10 (2/22)	0/165
پذیرش اتانازی غیرفعال	3/13 (2/07)	2/88 (2/01)	0/405
ملاحظات اخلاقی	2/58 (1/08)	2/80 (1/05)	0/163
ملاحظات عملی	2/15 (0/91)	2/41 (0/88)	0/047
ارج نهادن به زندگی	2/87 (0/45)	2/88 (0/43)	0/884
باورهای طبیعت گرایانه	2/46 (0/84)	2/57 (0/78)	0/383
نمره کل مقیاس نگرش به اتانازی	2/57 (0/77)	2/74 (0/72)	0/106
برونگرائی	3/08 (0/71)	3/16 (0/64)	0/428
توافق	3/98 (0/53)	3/86 (0/56)	0/123
وظیفه شناسی	3/65 (0/72)	3/43 (0/73)	0/034
ثبات هیجانی	3/06 (0/78)	3/06 (0/65)	0/891
تجربه پذیری	3/70 (0/57)	3/54 (0/53)	0/045
جهت گیری دینی درونی	3/40 (0/75)	3/23 (0/71)	0/115
جهت گیری دینی برونی اجتماعی	1/94 (0/85)	2/14 (0/84)	0/091
جهت گیری دینی برونی فردی	3/59 (1/12)	3/73 (1/06)	0/378

تحویل یافت که آیا نقش دین در نگرش به اتانازی، یگانه است یا متأثر از یک عامل شخصیتی دیگر؟ پاسخ به این پرسش مثبت است: رابطه‌ی دین با اتانازی مستقل و قوی‌تر از هر عامل شخصیتی است. مرتبط نبودن پذیرش اتانازی با عوامل شخصیتی، تغییر آن را دست-یافتنی‌تر می‌نمایاند. اگر در ساحت استدلال، مهمترین دلیل مخالفان استدلالی دینی باشد [1 و 10] و اگر در سطح ویژگی‌های روان-شناختی، تعهد دینی مهم‌ترین هم‌بسته منفی آن باشد [11]، به طور نظری می‌توان گفت که تغییر نگرش به اتانازی و تسهیل قانونی شدن آن از همین دو راه میسر می‌شود. یا پای‌گاه دین، موضع منعطف‌تری نسبت به اتانازی اتخاذ کند، مانند پذیرش اتانازی غیرفعال توسط برخی مذاهب [47]، یا تعهد دینی افراد جامعه کاهش یابد. بر اساس همین منطق، *پرتی ـ واتل* و همکارانش [24]، سطوح بالای موافقت فرانسویان با اتانازی را در مقایسه با نمونه‌های ایتالیایی و آمریکایی، به فرآیند غیر دینی شدن جامعه فرانسه نسبت می‌دهند که احتمالاً با سرعتی بیش از دو جامعه دیگر در جریان است. تبیین رابطه منفی توافق با نگرش به اتانازی با توجه به ویژگی‌های این عامل شخصیتی، روشن می‌شود. افراد با نمره‌ی بالا در عامل توافق، افرادی‌اند که در ویژگی‌هایی چون اعتماد، نوع دوستی، تبعیت، تواضع و نرمش در برابر دیگران نمره بالایی کسب می‌کنند. افراد دارای توافق و وظیفه‌شناسی بالا برای موافقت با

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

قوانین بر انگیخته می‌شوند و وظیفه‌شناسی موجب وفادار ماندن به تعهدات و قوانین می‌شود. از سوی دیگر، در میان عوامل شخصیتی، توافق یکی از قوی‌ترین هم‌بسته‌های دین‌داری است [48 و 49]. بنابراین افراد با سطح توافق بالا نسبت به آسیب نرساندن به دیگران در مواردی چون اتانازی برانگیخته می شوند. آنان پیرو قوانین اجتماعی، دینی و سیاسی اند و درباره‌ی اتانازی هم از این قوانین و رسوم تخطی نمی‌کنند.

خط پژوهشی دوم، ما را به بررسی رابطه‌ی اتانازی با داوری در یک موقعیت آزمایشی ساختگی رهنمون کرد. یافته‌های پژوهش درباره‌ی معمای واگن از سه جهت به اتانازی مربوط است. نخست آن‌که این معما، امکان بررسی مفاهیم زیربنایی اتانازی فعال و غیر فعال (یعنی کشتن و اجازه‌ی مردن دادن) را فراهم می‌آورد. مخالفت بیشترِ پاسخ دهندگان با اقدام کشتن، بار دیگر بر تفاوت اخلاقی کشتن و اجازه‌ی مردن دادن صحه گذاشت. پاسخ‌دهندگان حتی در جایی که کشتن یک نفر به نجات جان چند نفر می‌انجامد، آن را بر اجازه‌ی مردن دادن ترجیح ندادند. دوم آنکه از این معما می‌توان برای مطالعه‌ی پدیده‌ی شیب لغزنده استفاده کرد. درست است که این معما مفاهیم زیربنایی اتانازی را در بر دارد، اما با اتانازی این تفاوت را دارد که اقدام پزشک یا پرستار در اتانازی با درخواست و رضایت فرد است؛ ولی اقدام بابک در معمای واگن با اجازه یا درخواست کارگر روی پل نیست. از این رو مقایسه‌ی نمرات در مقیاس اتانازی با معمای واگن می‌تواند نوعی مطالعه‌ی شیب لغزنده از اتانازی ارادی به غیر ارادی باشد. مخالفان و موافقان با اقدام کشتن، از میان متغیرهای اتانازی تنها در خرده مقیاس ملاحظات عملی تفاوت داشتند. موافقان، نمرات بالاتری در این خرده مقیاس گزارش کردند. گرچه این یافته می‌تواند در حمایت از استدلال شیب لغزنده تفسیر شود، احتمالاً تأیید استدلال یاد شده، به ارتباطی قوی‌تر نیاز دارد. تفاوت تنها در یک خرده مقیاس چندان اقناع کننده به نظر نمی‌آید و سرانجام آن‌که معمای واگن، امکان تفکیک دو الگوی قضاوت سودمدارانه و اخلاق-مدارانه را فراهم می‌آورد [50]. سودمداران بر این باورند که پیامد، ارزش عمل را مشخص می‌کند، و اخلاق مداران معتقدند که قواعد اخلاقی مبتنی بر پیامدها نیستند [12]. ترجیح کشتن یک نفر برای این‌که پیامد آن نجات جان پنج نفر است، مبتنی بر قضاوت سودمدارانه یا غایت‌گرایانه است [50]. چنانچه گفتیم مخالفان و موافقان، از میان متغیرهای اتانازی، تنها در یک خرده مقیاس تفاوت داشتند. این یافته برای ادعای این‌که موافقان با اتانازی، افرادی سودمدار اند بسنده نیست. به نظر می‌رسد چنین ادعایی نیاز به شواهد قوی‌تری داشته باشد.

پژوهش حاضر در یک گروه دانشجویی انجام شد. در تعمیم نتایج باید این محدودیت را در نظر داشت. از آن رو که دانش‌جویان، نسبت به جامعه، نگاه آزاد اندیش‌تری دارند، پیش‌بینی می‌شود میزان موافقت جامعه عمومی از آن‌چه در این پژوهش به دست آمد کم‌تر باشد [10]. به تصویر کشیدن نگرش جامعه از اتانازی نیازمند پژوهش‌های بیش‌تری است. مطالعه موضوع اتانازی در گروه‌هایی چون جامعه عمومی گام بعدی در این زمینه خواهد بود. شایسته است در پژوهش‌های آینده به نقش متغیرهای دیگری چون اضطراب، افسردگی و اضطراب مرگ، توجه شود.

نتیجه‌گیری

میزان پذیرش اتانازی در ایران هم‌چون بسیاری از کشورها، اندک است. مخالفت با اتانازی فعال و مفهوم زیربنایی آن یعنی کشتن به مراتب بیش از اتانازی غیر فعال و مفهوم زیربنایی آن یعنی اجازه‌ی مردن دادن است. مخالفت با اتانازی از سویی متأثر از دغدغه‌های اخلاقی و گرایش‌های دینی است و از سوی دیگر، ملاحظات عملی هم‌چون امکان سوء استفاده از اتانازی، سد بزرگی برای پذیرش اتانازی در جامعه تلقی می‌شوند. ارتباط ناچیز پذیرش اتانازی با متغیرهای شخصیتی، نقطه‌ی امیدی برای طرفداران آن است؛ اما گذر کردن از منعطف کردن بنیان‌های اخلاقی و دینی جامعه در رابطه با پدیده‌ی مرگ و زندگی و حق مردن از یک سو و رفع دغدغه‌های عملی و کاربردی جامعه درباره اتانازی، دو چالش بزرگ پیش روی طرفداران اتانازی است.

تشکر و قدردانی

از دکتر *نیما قربانی* برای در اختیار گزاردن نسخه‌های فارسی مقیاس‌های شخصیت و جهت‌گیری دینی، از دکتر *آلیس* چونگ و دکتر جیمز *آر راجرز* برای در اختیار گزاردن مقالات مقیاس نگرش به اتانازی، و از دانش‌جویان شرکت‌کننده در پژوهش صمیمانه سپاسگزاریم.

References

1. Parsapour AR, Hemati Moghadam AR, Parsapour MB, Larijani B. Euthanasia, explaining the issue and ethical analysis. J Med Hist Ethics. 2008;1(4):1-12. [Persian]
2. Chong AM, Fok S. Attitudes toward euthanasia in Hong Kong-A comparison between physicians and the general public. Death Stud. 2005;29(1):29-54.
3. Maghami A. Euthanasia and the right over self, a challenge in nature of human right. J Med Hist Ethics. 2008;1(2):15-27. [Persian]

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

4. Rea Black V. Active and passive euthanasia: A case for moral symmetry [dissertation]. Burnaby: Simon Fraser University. 1993.
5. Ho R. Assessing attitudes toward euthanasia: an analysis of the subcategorical approach to right to die issues. Pers Indiv Differ. 1998;25(4):719-34.
6. Cartwright W. Killing and letting die: a defensible distinction. Brit Med Bull. 1996;52(2):354-61.
7. Rietjens JAC, van der Maas PJ. Onwuteaka-Philipsen BD, van Delden JJM, van der Heide A. Two Decades of Research on Euthanasia from the Netherlands. What Have We Learnt and What Questions Remain?. Bioethical Inquiry. 2009;6(3): 271–83.
8. Gordijn B, Janssens R. The prevention of euthanasia through palliative care: New developments in The Netherlands. Patient Educ Couns. 2000; 41(1): 35–46.
9. Rogers JR. Assessing right to die attitudes: a conceptually guided measurement model. J Soc Issues. 1996; 52(2): 63-84.
10. Horsfall S, Alcocer C, Duncan CT, Polk J. Views of euthanasia from an east Texas university. Soc Sci J. 2001;38(4):617–27.
11. Seale C. Hastening death in end-of-life care: A survey of doctors. Soc Sci Med. 2009;69(11):1659–66.
12. Sharma BP. The end of life decisions – should physicians aid their patients in dying?. J Clin Forensic Med. 2004; 11(3):133–40.
13. Lisker R, Del Rio AA, Villa AR, Carnevale A. Physician-assisted Death. Opinions of a Sample of Mexican Physicians. Arch Med Res. 2008;39(4):452-8.
14. Ryynanen OP, Myllykangas M, Viren M, Heino H. Attitudes towards euthanasia among physicians, nurses and the general public in Finland. Public Health. 2002;116(6):322–31.
15. Ramabele T. Attitudes of the elderly towards euthanasia: A cross-cultural study [dissertation]. Bloemfontein: University of the Free State; 2004.
16. Kitchener BA. Nurse characteristics and attitudes to active voluntary euthanasia: a survey in the Australian Capital Territory. J Adv Nurs. 1998; 28(1): 70–6.
17. Lee JCY, Chen PP, Yeo JKS, So HY. Hong Kong Chinese teachers' attitudes towards life-sustaining treatment in the dying patients. Hong Kong Med J. 2003;9(3):186-91.
18. Miccinesi G, Fischer S, Paci E, Onwuteaka-Philipsen BD, Cartwright C, van der Heide A. et al. Physicians' attitudes towards end-of-life decisions: a comparison between seven countries. Soc Sci Med J. 2005; 60(9):1961–74.
19. Karadeniz G, Yanikkerem E, Pirincci E, Erdem R, Esen A, Kitapcioglu G. Turkish Health Professional's Attitude toward Euthanasia. Omega. 2008;57(1):93-112.
20. Cavlak U, Aslan UB, Gurso S, Yagci N, Yeldan I. Attitudes of Physiotherapists and Physiotherapy Students toward Euthanasia: A Comparative Study. Adv Ther. 2007;24(1):135-45.
21. Tavousian A, Sedaghat M, Aramesh K. Investigating the attitude of interns of Tehran University of Medical Science in relation with euthanasia. J Med Hist Ethics. 2009;1(3):43-51.[Persian]
22. O'Neill C, Feenan D, Hughes C, McAlister DA. Physician and family assisted suicide: results from a study of public attitudes in Britain. Soc Sci Med. 2003;57(4):721–31.
23. Blackhall LJ, Frank G, Murphy ST, Michel V, Palmer JM, Azen SP. Ethnicity and attitudes towards life sustaining technology. Soc Sci Med. 1999;48(12):1779-89.
24. Peretti-Watel P, Bendiane MK, Moatti JP. Attitudes toward palliative care, conceptions of euthanasia and opinions about its legalization among French physicians. Soc Sci Med. 2005;60(8):1781–93.
25. Sibbald RW, Chidwick P. Best interests at end of life: A review of decisions made by the Consent and Capacity Board of Ontario. J Crit Care. 2010;25(1):171.e1–7.
26. Cohen J, Marcoux I, Bilsen J, Deboosere P, van der Wal G, Deliens L. European public acceptance of euthanasia: Socio-demographic and cultural factors associated with the acceptance of euthanasia in 33 European countries. Soc Sci Med. 2006;63(3):743–56.
27. Ganzini L, Beer TM, Brouns MC. Views on Physician-Assisted Suicide among Family Members of Oregon Cancer Patients. J Pain Symptom Manag. 2006;32(3):230-6.
28. Löfmark R, Nilstun T, Cartwright C, Fischer S, van der Heide A, Mortier F, Norup M, Simonato L. Physicians' experiences with end-of-life decision-making: Survey in 6 European countries and Australia. BMC Med. 2008;6(4):1-8.
29. Wasserman J, Clair JM, Ritchey FJ. Racial Differences in Attitudes toward Euthanasia. Omega. 2006;52(3):263- 87.
30. Lester D, Hadley RA, Lucas WA. Personality and a pro-death attitude. Pers Indiv Differ. 1990;11(11):1183-5.
31. Lester D, Francis LJ. Is religiosity related to suicidal ideation after personality and mood are taken into account? Pers Indiv Differ. 1993;15(5):591-2.
32. Hooman HA. Research methods in behavioral sciences. Tehran. Samt co. 2007. [Persian]
33. Tang WK, Mak KK, Kam PM, Ho JW, Chan DC, Suen TL, Lau MC, Cheng AK, Wan YT, Wan HY, Hussain A. Reliability and Validity of the Euthanasia Attitude Scale (EAS) for Hong Kong Medical Doctors. Am J Hosp Palliative Care. 2010;27(5):320-4.
34. Aghababaei N. Assessing attitude towards euthanasia. J Med Hist Ethics. In press. 2011. [Persian]

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

35. Aghababaei N. The role of individual characteristics and judgment pattern in attitude towards euthanasia [dissertation]. Tehran: University of Tehran; 2010. [Persian]
36. Goldberg LR. A broad-bandwidth, public domain, personality inventory measuring the lower-level facets of several five-factor models. In: I Mervielde, I Deary, F De Fruyt, F Ostendorf, Pers psychol Eur. 1999;7(1):7-28.
37. Goldberg LR, Johnson JA, Eber HW, et al. The international personality item pool and the future of public-domain personality measures. J Res Pers. 2006;40(1):84–96.
38. Ghorbani N, Ghramaleki AF, Watson PJ. Philosophy, Self-Knowledge, and Personality in Iranian Teachers and Students of Philosophy. J Psychol. 2005;139(1):81-95.
39. Tahmasb AM, Ghorbani N, Watson PJ. Relationships between Self- and Peer-reported Integrative Self-knowledge and the Big Five Factors in Iran. Curr Psychol. 2008;27(3):169-76.
40. Hill PC. Religious Orientation Scale-Revised (Gorsuch & McPherson, 1989). In PC Hill, RW Jr. Hood. Measures of religiosity. Birmingham: Religious Education Press. 1999:154- 6.
41. Tiliopoulos N, Bikker AP, Coxon APM, Hawkin PK. The means and ends of religiosity: A fresh look at Gordon Allport's religious orientation dimensions. Pers Indiv Differ. 2007;42(8):1609–20.
42. Ghorbani N, Watson PJ, Gharamaleki AF, Morris RJ, Hood RW. Muslim-Christian Religious Orientation Scales: Distinctions, Correlations, and Cross-Cultural Analysis in Iran and the United States. Int J Psychol Relig. 2002;12(2):69-91.
43. Aghababaei N. The trolley problem and its implications for active and passive euthanasia. J Med Hist Ethics. 2011;4(2):65-72. [Persian]
44. Nichols S, Mallon R. Moral dilemmas and moral rules. Cognition. 2006;100(3):530–42.
45. Greene JD, Cushman FA, Stewart LE, Lowenberg K, Nystrom LE, Cohen JD. Pushing moral buttons: The interaction between personal force and intention in moral judgment. Cognition. 2009;111(3):364–71.
46. Greene JD, Sommerville RB, Nystrom LE. Darley JM. Cohen JD. An fMRI Investigation of Emotional Engagement in Moral Judgment. Science. 2001;293(14):2105- 8.
47. Bülow HH, Sprung CL, Reinhart K, Prayag S, Du B, Armaganidis A, Abroug F, Levy MM. The world's major religions' points of view on end-of-life decisions in the intensive care unit. Intensive Care Med. 2008;34(3):423–30.
48. Emmons RA, Barrett JL, Schnitker SA. Personality and the Capacity for Religious and Spiritual Experience. In OP John, RW Robins, LA Pervin: Handbook of Personality Theory and Research. New York: The Guilford Press. 2008:. pp:634- 53.
49. Saroglou V. Religion and the five factors of personality: A meta-analytic review. Pers Indiv Differ. 2002;32(1):15–25.
50. Bartels DM. Principled moral sentiment and the flexibility of moral judgment and decision making. Cognition. 20Saroglou V. Religion and the five factors of personality: A meta-analytic review. Pers Indiv Differ. 2002; 32: 15–25.
51. Bartels DM. Principled moral sentiment and the flexibility of moral judgment and decision making. Cognition. 2008; 108: 381–417.

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]