

## نگرش پرستاران در خصوص دستور عدم احیا: یک مطالعه توصیفی مقطعی

نویسندگان:

محمد شجاعی<sup>۱</sup>، فاطمه خورنگاه<sup>۲</sup>، مهسا خرم کیش<sup>۲</sup>، وحید زارعان<sup>۳</sup>، نوید کلانی<sup>۴\*</sup>

۱- مرکز تحقیقات بیماری‌های غیر واگیر، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران

۲- گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران

۳- گروه هوشبری، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران

۴- مرکز تحقیقات اخلاق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران

Journal of Education and Ethics in Nursing, Vol.5, No.4, Winter2017

## چکیده:

**مقدمه:** فرآیند تصمیم‌گیری درباره دستور عدم احیا، فرایندی منحصربه‌فرد و پیچیده است، زیرا در فرایندهای درمانی این تنها تصمیمی است که باید از قبل گرفته شود و نیازمند مشارکت و نظرخواهی می‌باشد. یکی از اعضای تیم درمان که نقش مهمی در اتخاذ و اجرای این تصمیم دارد، پرستاران هستند و لذا نگرش آن‌ها در مورد دستور عدم احیا از اهمیت خاصی برخوردار است. از این‌رو بر آن شدیم تا با انجام مطالعه حاضر به بررسی نگرش پرستاران در مورد دستور عدم احیا بپردازیم.

**روش کار:** این مطالعه از نوع توصیفی مقطعی است که در سال ۱۳۹۶ بر روی ۱۴۴ پرستار شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی جهرم با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده صورت گرفت. ابزار گردآوری داده پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه استاندارد Dun بود. تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از آمارهای توصیفی (درصد، میانگین و انحراف معیار) و آزمون‌های استنباطی (تی تست، کای دو و من ویتنی) با استفاده از نرم‌افزار spss نسخه ۲۱ صورت گرفت.

**یافته‌ها:** پرستاران شرکت‌کننده در این پژوهش نسبت به دستور عدم احیا، نگرش مثبتی داشتند ( $P < 0/05$ ) بین نگرش پرستاران نسبت به دستور عدم احیا و جنس و سابقه کار بالینی رابطه معنی‌داری وجود داشت، به طوری که زنان نسبت به مردان نگرش مثبت‌تری نسبت به دستور عدم احیا داشتند ( $P < 0/05$ ). همچنین با افزایش سابقه کار بالینی، نگرش نسبت به دستور عدم احیا افزایش یافته بود ( $P < 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** نتایج این مطالعه حاکی از آن است که اکثر پرستاران نسبت به دستور عدم احیا نگرش مثبتی دارند و با توجه به اینکه پرستاران به‌عنوان یکی از اعضای مهم کادر درمان و احیا به شمار می‌روند، توجه بیشتر به دیدگاه و نظرات پرستاران می‌تواند در ارتقا سطح احیا مؤثر باشد، با توجه به این نوع نگرش، سیاست‌گذاران سلامت می‌توانند با ارائه خدمات حمایتی به همراهان و خانواده بیماران با توجه به لزوم مدیریت منابع در مواردی با اندیکاسیون مشخص، دستور عدم احیا را اعمال نمایند.

واژگان کلیدی: عدم احیا، پرستاران، نگرش

J Educ Ethics Nurs 2017; 5(4):1-8

## مقدمه:

دنبال احیای ناموفق در سال ۱۹۷۰ در آمریکا ارائه شد [۳-۲].  
مروری بر مطالعات نشان می‌دهند که طرز برخورد با بیمارانی که  
در روزها و ساعات پایانی عمر خود به سر می‌برند، همواره برای

دستور عدم احیا در ادبیات پزشکی در حدود ۳ دهه توصیف شده  
است [۱]. دستور مؤثر نبودن CPR در بسیاری از موارد و به دلیل  
ایجاد درد و رنج بیشتر و مرگ طولانی برای بعضی از بیماران به

\*نویسنده مسئول، نشانی: جهرم، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، مرکز تحقیقات اخلاق پزشکی.

پست الکترونیک: navidkalani@ymail.com

تلفن تماس: ۰۹۱۷۵۶۰۵۴۱۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۲/۲۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۲/۸

خانواده‌هایشان ایجاد می‌کنند. صرف ساعت‌های طولانی با بیماران، پرستاران را قادر می‌سازد تا به یک بینش خاص و درک سیستماتیک دست یابند و آن‌ها قادر به تشخیص زمانی که بیماران به درمان پاسخ نمی‌دهند، هستند [۱۹]. حذف پرستاران از چرخه تصمیم‌گیری DNR بیماران می‌تواند منجر به احساس گناه در آن‌ها شود و سبب فرسودگی شغلی گردد. علاوه بر این، حضور پرستاران در فرایند فرمولاسیون و تصمیم‌گیری برای این بیماران می‌تواند آن‌ها را در برابر بسیاری از چالش‌های قانونی، اخلاقی و طبیعی حفظ کند [۲۲]. پرستاران نیز یکی از اعضای کلیدی رهبری و هماهنگی تیم درمان هستند. آن‌ها می‌توانند احساسات، خواسته‌ها و نظرات بیماران و خانواده‌هایشان را با توجه به صرف زمان طولانی در کنار بستر بیمار، شناسایی کنند؛ در نتیجه تصمیم‌گیری را برای تیم درمان آسان‌تر می‌کند [۲۳-۲۴]؛ بنابراین نقش آن‌ها در اجرای دستورالعمل‌های CPR، DNR و استفاده از تهویه مکانیکی مهم است [۲۱]. از عوامل مهم دیگر در تصمیم‌گیری دستور عدم احیا اعتقادات مذهبی بوده که در زمینه جایگاه دستور عدم احیا در متون اسلامی، سارهیل و همکاران بیان می‌دارند که دستور عدم احیا مغایرتی با اصول شرع مقدس اسلام ندارد [۲۵]. تدوین دستورالعملی که شیوه رسیدن به تصمیم عدم احیا را به‌طور شفاف بیان نموده و از دخالت عوامل شخصی، غیرعلمی و غیرحرفه‌ای بکاهد، ضرورت دارد. تعیین مواردی که دستور عدم احیا می‌تواند اجرا شود، نیازمند؛ مشارکت و نظرخواهی از تمام پرسنل درمان می‌باشد و رسیدن به شرایط اخلاقی و قانونی لازم برای اجرای این دستور نیاز به بررسی همه‌جانبه دارد. با توجه به کمبود مقالات در خصوص عدم احیا در ایران، وجود فروانی DNR در بیمارستان‌ها، توجه به این نکته که حقوق بیماران از سیاست‌های اساسی و مهم نظام سلامت کشورهاست و همچنین اهمیت تأثیر نگرش کادر درمان در تصمیم‌گیری و اجرای دستور عدم احیا توسط آنان و توجه به این موضوع که رضایتمندی پرستاران از تصمیماتشان در عملکرد آن‌ها تأثیر دارد، بنابراین محققان این پژوهش بر آن شدند تا به بررسی "نگرش پرستاران در خصوص دستور عدم احیا" بپردازند. از طرفی عملکرد صحیح تیم مراقبت از بیمار در خصوص DNR، باعث صرفه‌جویی در هزینه‌های درمان و رضایت جامعه خواهد شد.

### روش کار:

این مطالعه از نوع توصیفی - مقطعی بود که پس از کسب اجازه از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی چهرم با کد (IR.JUMS.REC.1396.092) بر روی ۱۴۴ نفر از پرستارانی که در بیمارستان‌های آموزشی درمانی شهرستان چهرم شاغل بودند، در سال ۱۳۹۶ انجام شد. معیار ورود به مطالعه؛ شامل: حداقل یک

کادر بهداشتی- درمانی از جمله پزشکان و پرستاران، یک معضل محسوب شده است [۴-۵]. امروزه بسیاری از کشورها از دستورات عدم احیا استفاده می‌کنند، ولی همه‌ی کشورها چارچوب اخلاقی خاصی ندارند، پزشکان ناراضیتی خود را از موضوع مربوطه (DNR=Do not resuscitate)، حول حوزه حرفه‌ای مربوط به خود اعلام نموده‌اند [۶]. بحث خاتمه حیات موضوعی مهم و پر مناقشه در اخلاق زیستی است و در نظام‌های سلامت پیشرفته یکی از ده چالش حیطة طب و سلامت شمرده شده است. هزینه مراقبت‌های خاتمه حیات در آمریکا برابر ۱۰ تا ۱۲ درصد کل هزینه‌های سیستم مراقبت‌های بهداشتی را تشکیل می‌دهد [۷]. تفاوت‌های قابل توجهی در کدبندی، ثبت و انجام دستور عدم احیا وجود دارد [۸-۱۰]. در هنگ‌کنگ، تصمیم‌گیری در مورد پایان عمر باید بر اساس فرایند تصمیمی مناسب بین تیم مراقبت، بیمار و خانواده‌اش باشد. هنگام تصمیم‌گیری، استقلال بیمار عامل مهمی است [۱۱-۱۲]. در کتاب مسئولیت‌های قانونی پزشکان و بیمارستان‌های کانادا، چنین بیان شده است که هیچ اجباری برای اطلاع‌رسانی یا ارائه درمان‌هایی که کاملاً بی‌اثر هستند، وجود ندارد و همچنین وظیفه‌ای برای انجام درمان‌های مغایر با مصالح عالی بیمار وجود ندارد و در شرایط ایدئال هر مرکز درمانی باید سیاست مشخصی برای حل این قبیل مسائل داشته باشد. این سیاست باید به‌طور روشن و مشخص روند برخورد با چنین درخواستی را تعیین نماید [۱۳-۱۴]. در مطالعه عکاسی و همکاران وجود دستورالعمل استاندارد در خصوص دستور عدم احیا با توجه به شیوع بی‌سابقه صدور دستور عدم احیا توسط فقها و متخصصان مربوطه در کشور، احساس می‌شود [۱۵]. در مطالعه پیمانی و همکاران نیز در خصوص دستور عدم احیا به تهیه دستورالعملی استاندارد و مطابق با موازین اخلاقی و اعتقادی خاص برای کشور ایران تأکید شده است [۱۶]. فرهانچی و همکاران معتقدند که "دستور عدم احیا" باید مورد بازبینی قرار گیرد و به‌عنوان یک انتخاب اخلاقی در خدمات پزشکی به بیماران تلقی شود [۱۷]. پرستاران نیز مرتباً با دستورات عدم احیا مواجه می‌شوند و مطالعات کمی در خصوص عملکرد آن‌ها وجود دارد [۱۸]. پرستاران ساعات طولانی را برای مراقبت از بیماران صرف می‌کنند [۱۹-۲۰]؛ اما پرستاران تصمیم‌گیرندگان اصلی نیستند، باین‌حال به‌عنوان اولین خط مراقبت از بیماران هستند، بنابراین آن‌ها یکی از تأثیرگذارترین اعضای کمیته‌های تصمیم‌گیری برای بیماران هستند [۲۱]. اگرچه تصمیم DNR و گزارش آن به بیماران و خانواده آن‌ها وظیفه پزشکان است؛ اما دیگر اعضای تیم مراقبت، نقش عقلانی و اخلاقی در فرایند تصمیم‌گیری در مورد پایان مراقبت از زندگی بیمار دارند. پرستاران در حین مرگ بیمار در کنار آن‌ها قرار دارند و ارتباطی مبتنی بر اعتماد با بیماران و

داشتند. ۶۳/۲ درصد متأهل و ۳۶/۸ درصد مجرد بودند. سابقه کار ۴۱ درصد از پرستاران در محدوده ۰-۴ سال، ۲۷/۸ درصد در محدوده ۴-۸ سال، ۱۳/۲ درصد در محدوده ۸-۱۲ سال، ۱۱/۸ درصد در محدوده ۱۲-۱۶ سال و ۶/۳ درصد بالای ۵ سال بود. محل خدمت ۱۸/۱ درصد از آن‌ها در بخش سی‌سی‌یو، ۲۰/۱ درصد در آی‌سی‌یو، ۲۲/۲ درصد در اورژانس، ۲۵/۷ درصد در بخش داخلی، ۱۳/۹ درصد در بخش جراحی بود. از نظر وضعیت استخدامی، ۳۸/۲ درصد از پرستاران طرحی، ۳۱/۳ درصد رسمی، ۶/۳ درصد پیمانی، ۷/۶ درصد قراردادی، ۱۱/۸ درصد شبه پیمانی و ۴/۹ درصد شرکتی بودند. نگرش کلی ۵۷/۱۳ درصد از آن‌ها نسبت به عدم احیا (DNR) موافق بوده است. همچنین ۵۶/۱۶ درصد از آن‌ها موافق دستور عدم احیا، ۵۶/۹۴ درصد از آن‌ها موافق روش اجرای رویه‌ی عدم احیا و ۶۰/۴۲ درصد از آن‌ها موافق برخی جنبه‌های اوتانازی غیرفعال بودند (جدول ۱).

۶۵/۹۷ درصد از پرستاران معتقد بودند که عدم احیا به روشن شدن طرح درمانی بیماران انتهایی کمک می‌کند. ۵۹/۲ درصد از آن‌ها معتقد بودند که کیفیت مراقبتی در بیماران با عدم احیا و بدون آن یکسان است. ۷۱/۵ درصد مشاوره با بیمار و خانواده درباره عدم احیا را سخت بیان نمودند. ۷۲/۷ درصد از پرستاران موافق شناخت بهتر از پیامد قانونی عدم احیا بودند. ۷۷/۷ درصد از پرستاران اعتقاد داشتند که باید از حقوق بیماران آگاهی کسب نمایند. در مورد گویه‌های عدم احیا بیشترین مخالفت با سؤال از بیمار و خانواده او در زمینه عدم احیا، پذیرش اجباری شدن دستورات عدم احیا، پیروی از نظرات مسئولان درباره عدم احیا و اجراء شدن عدم احیا برای عزیزان، امکان زنده ماندن بیمار در مراحل پایانی گزارش شد (جدول ۲).

نتایج تجزیه تحلیل آماری در جدول ۳ نشان داد که نگرش پرستاران در مورد دستور عدم احیا در مردان و زنان متفاوت است ( $p\text{-value}=0/016$ ). میانگین نمره نگرش پرستاران در مورد دستور عدم احیا در زنان بالاتر از مردان مشاهده شد. همچنین با افزایش سابقه کار، نگرش پرستاران در مورد دستور عدم احیا، افزایش معنی‌دار می‌یابد ( $p\text{-value}=0/027$ ). بالاترین نمره نگرش در پرستاران بالای ۱۵ سال سابقه مشاهده شد. همچنین بین نوع بخش محل کار، نوع استخدام و وضعیت تأهل و نگرش پرستاران در مورد دستور عدم احیا رابطه معنی‌دار وجود ندارد ( $p=0/05$ ).

(value>

سال سابقه کار بالینی و معیار خروج از مطالعه، شامل: عدم همکاری و رضایت برای پر کردن پرسشنامه و شرکت در مطالعه بود. ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل پرسشنامه‌ای مشتمل بر دو بخش بود. بخش اول شامل مشخصات دموگرافیک (سن، جنس، تأهل یا عدم تأهل و ...) و بخش دوم پرسشنامه، نگرش به عدم احیا بود که در سال ۲۰۰۰ توسط Dun ابداع شده است. این ابزار دارای ۲۵ گویه می‌باشد که شامل: نگرش پرسنل درمانی در مورد دستور عدم احیا (۸ گویه)، روش اجرای رویه‌ی عدم احیا (۱۲ گویه)، نگرش به برخی جنبه‌های اوتانازی غیرفعال (۳ گویه) و تأثیر عوامل مذهبی و فرهنگی (۲ گویه)، دیدگاه نسبت به دستور عدم احیا را مورد بررسی قرار می‌دهد و پاسخ به هر گویه بر روی یک طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم قرار داد، که به ترتیب نمره‌ی ۱ تا ۵ به آن‌ها تعلق می‌گیرد. لازم به ذکر است که طراح ابزار، جهت استفاده از پرسشنامه، گویه‌ها را به صورت مجزا مورد تفسیر قرار داده و توصیه به جمع‌بندی نمرات نکرده و خط برشی نیز برای ابزار خود معرفی نکرده است. در این مطالعه نیز پاسخ به هر گویه به هر گویه نشان‌دهنده‌ی نگرش مثبت‌تر می‌شود. نمره‌ی بالاتر به هر گویه نشان‌دهنده‌ی نگرش مثبت‌تر به آن گویه است. روایی صوری و محتوای این پرسشنامه توسط ۱۵ نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز در رشته‌های معارف، اخلاق پزشکی و پرستاری تعیین شد. پس از پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرون باخ و پس از مطالعه‌ی راهنمای روی ۳۰ دانشجوی پرستاری، آلفای کرون باخ ۸۴ درصد گزارش شد [۲۶]. با توجه به کوتاه بودن پرسشنامه از تمامی پرستاران خواسته شد تا در محیط بالینی پرسشنامه را تکمیل کنند. لازم به ذکر است، به تمامی پرستاران توضیح داده شد که در صورت عدم تمایل می‌توانند پرسشنامه را خالی تحویل دهند و هیچ نیازی به نوشتن ویژگی‌های مشخص‌کننده آنان و نام و نام خانوادگی نیست. تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ و با استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی و استنباطی (تی تست، کای دو و من ویتنی) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

## یافته‌ها:

۱۴۴ نفر از پرستاران شاغل در بخش‌های بیمارستان‌های آموزشی درمانی شهرستان جهرم در این مطالعه شرکت کردند. ۹۲ نفر (۶۳/۹ درصد) از آن‌ها زن و مابقی مرد بودند. میانگین سنی آن‌ها  $30/47 \pm 6/10$  سال و حداقل ۲۲ سال و حداکثر ۴۷ سال

جدول ۱: سطح نگرش به عدم احیا در بین پرستاران شاغل در بخش‌های بیمارستان‌های آموزشی درمانی شهرستان چهارم

مخالف	بی‌نظر	موافق
۱۹/۴۱	۳۳/۴۶	۵۷/۱۳
۲۱/۰۱	۳۲/۸۳	۵۶/۱۶
۱۸/۰۶	۲۴/۱۳	۵۶/۹۴
۱۷/۱۳	۲۲/۴۵	۶۰/۴۲

جدول ۲: پاسخ پرستاران شاغل در بخش‌های بیمارستان‌های آموزشی درمانی شهرستان چهارم به گویه‌های عدم احیا

کاملاً مخالفم	مخالفم	نظری ندارم	موافقم	کاملاً موافقم
(درصد) تعداد	(درصد) تعداد	(درصد) تعداد	(درصد) تعداد	(درصد) تعداد
۶(۴/۲)	۱۶(۱۱/۱)	۲۷(۱۸/۸)	۵۵(۳۸/۲)	۴۰(۲۷/۸)
۸(۵/۶)	۲۹(۲۰/۱)	۲۱(۱۴/۶)	۵۷(۳۹/۶)	۲۹(۲۰/۱)
۱۰(۷/۶)	۱۱(۷/۶)	۲۹(۲۰/۱)	۶۴(۴۴/۴)	۳۹(۲۷/۱)
۱۰(۶/۹)	۲۶(۱۸/۱)	۴۸(۳۳/۳)	۳۸(۲۶/۴)	۲۲(۱۵/۳)
۷(۴/۹)	۲۲(۱۵/۳)	۳۵(۲۴/۳)	۴۴(۳۰/۶)	۳۶(۲۵)
۹(۶/۳)	۳۷(۲۵/۷)	۴۵(۳۱/۳)	۳۰(۲۰/۸)	۲۳(۱۶)
۵(۳/۵)	۲۷(۱۸/۸)	۳۸(۲۶/۴)	۴۷(۳۲/۶)	۲۷(۱۸/۸)
۶(۴/۲)	۲۲(۱۵/۳)	۲۰(۱۳/۹)	۴۷(۳۲/۶)	۴۹(۳۴)
۶(۴/۲)	۳۵(۲۴/۳)	۴۵(۳۱/۳)	۴۰(۲۷/۸)	۱۸(۱۲/۵)
۹(۶/۳)	۱۴(۹/۷)	۳۶(۲۵)	۵۷(۳۹/۶)	۲۸(۱۹/۴)
۱۱(۷/۶)	۳۹(۲۷/۱)	۳۸(۲۶/۴)	۳۷(۲۵/۷)	۱۹(۱۳/۲)
۳(۲/۱)	۱۷(۱۱/۸)	۳۱(۲۱/۵)	۵۳(۳۶/۸)	۴۰(۲۷/۸)
۱۶(۱۱/۱)	۲۹(۲۰/۱)	۲۷(۱۸/۸)	۴۸(۳۳/۳)	۲۴(۱۶/۷)
۱۰(۶/۹)	۲۴(۱۶/۷)	۴۵(۳۱/۳)	۳۸(۲۶/۴)	۲۷(۱۸/۸)
۱۳(۹)	۲۷(۱۸/۸)	۴۲(۲۹/۲)	۵۰(۳۴/۷)	۱۲(۸/۳)
۲(۱/۴)	۱۹(۱۳/۲)	۴۵(۳۱/۳)	۵۹(۴۱)	۱۹(۱۳/۲)
۳(۲/۱)	۱۲(۸/۳)	۳۱(۲۱/۵)	۶۸(۴۷/۲)	۳۰(۲۰/۸)
۴(۲/۸)	۱۲(۸/۳)	۳۲(۲۲/۲)	۵۷(۳۹/۶)	۳۹(۲۷/۱)
۳(۲/۱)	۹(۶/۳)	۲۷(۱۸/۸)	۵۸(۴۰/۳)	۴۷(۳۲/۶)
۳(۲/۱)	۷(۴/۹)	۱۸(۱۲/۵)	۶۶(۴۵/۸)	۵۰(۳۴/۷)
۵(۳/۵)	۴(۲/۸)	۲۳(۱۶)	۶۴(۴۴/۴)	۴۸(۳۳/۳)
۱۱(۷/۶)	۲۶(۱۸/۱)	۴۰(۲۷/۸)	۳۲(۲۲/۲)	۳۵(۲۴/۳)
۹(۶/۳)	۱۹(۱۳/۲)	۳۴(۲۳/۶)	۴۰(۲۷/۸)	۴۲(۲۹/۲)

جدول ۳: رابطه بین متغیرهای دموگرافیک و نگرش پرستاران در مورد دستور عدم احیا

p-value	نگرش پرستاران در مورد دستور عدم احیا				
	انحراف معیار	میانگین	تعداد		
۰/۰۱۶	۹/۴۴	۷۹/۳۸	۵۲	جنس	مرد
	۹/۶۶	۸۳/۰۴	۹۲	زن	
۰/۰۲۷	۱۰/۸۸	۷۹/۹۷	۵۹	سابقه کار	۰ تا ۴ سال
	۸/۱۵	۸۰/۳۵	۴۰		۴ تا ۸
	۸/۲۰	۸۶/۲۱	۱۹		۸ تا ۱۲
	۷/۸۷	۸۴/۰۰	۱۷		۱۲ تا ۱۶
	۱۰/۹۹	۸۵/۵۶	۹		بالای ۱۵ سال
	۱۰/۵۹	۸۰/۴۲	۲۶		سی سیو
۰/۲۵۱	۶/۵۱	۸۳/۱۷	۲۹	نوع بخش محل کار	ای سیو
	۷/۸۵	۸۱/۷۸	۳۲		اورژانس
	۱۱/۶۹	۸۳/۳۰	۳۷		داخلی
	۱۰/۸۲	۷۸/۳۰	۲۰		جراحی
	۱۰/۷۷	۸۰/۷۸	۵۵		طرحی
۰/۵۲۸	۷/۹۶	۸۱/۱۱	۹	نوع استخدام	پیمانی
	۷/۴۳	۸۰/۸۲	۱۱		قراردادی
	۱۲/۰۲	۸۱/۱۸	۱۷		شبه پیمانی
	۴/۵۶	۷۹/۱۴	۷		شرکتی
	۸/۸۱	۸۳/۸۲	۴۵		رسمی
۰/۶۳۰	۱۰/۸۱	۸۱/۹۲	۵۳	وضعیت تأهل	مجرد
	۹/۰۷	۸۱/۶۰	۹۱		متاهل

### بحث:

دارند، نگرش مثبت‌تری نسبت به دستور عدم احیا ایجاد می‌کنند (جدول ۳). در مطالعه لوفمارک و همکاران در که در سال ۲۰۰۱، ۲۲۸ پرستار و پزشک را مورد بررسی قرارداد، مشخص شد که اکثر پرستاران نگرش مثبتی به DNR دارند؛ که همسو با نتایج این مطالعه می‌باشد. لوفمارک همچنین معتقد است که پرستاران باید در تصمیم‌گیری DNR نقش بیشتری داشته باشند. در مطالعه‌ی ناس در کشور نروژ نیز نگرش مثبت پرستاران در مورد DNR تأیید شده است و به نقش بیشتر آن‌ها تأکید شده است [۳۰، ۲۴]. در این مطالعه همچنین نگرش مثبت پرستاران نسبت به شرکت خانواده بیمار به شرکت در دستور عدم احیا پرداخته شده که همسو بامطالعه حاضر نیست. دلیل این عدم مطابقت شاید قوانین اخلاقی کشور نروژ باشد (جدول ۲). مطالعه هپارک و همکاران نشان داد که پرستاران در زمانی که درمان‌های صورت گرفته، باعث زنده ماندن مریض نشود و امیدوی به زندگی بیمار وجود نداشته باشد، دیدگاه مثبتی به دستور عدم احیا این بیماران دارند که همسو بامطالعه حاضر است. همچنین در مطالعه پارک پرستاران معتقد بودند که نظر بیمار و همراهان بیمار برای آن‌ها مهم است، که همسو با نتایج این مطالعه نبود [۲۲]. در مطالعه حاضر ۷۱/۵ درصد از پرستاران، مشاوره با بیمار و خانواده وی درباره عدم احیا را

فرآیند احیا قلبی - ریوی که از اوایل دهه ۱۹۶۰ توسعه پیدا کرد، در ابتدا به دلیل سادگی و اثربخشی آن در نجات جان بیماران مبتلابه ایست قلبی - تنفسی به صورت معجزه‌ای به نظر می‌رسید، اما کاربرد روتین CPR برای همه بیمارانی که دچار ایست قلبی - تنفسی می‌شوند، منجر به بروز مشکلاتی شد. در واقع انجام CPR در بعضی از بیماران، تنها منجر به حفظ ثبات فیزیولوژیکی به طور موقت و بیماران در مراحل انتهایی از انجام مکرر فرآیند احیا که تنها مرگ را در آن‌ها به تأخیر می‌انداخت، پرداختند. در برخی موقعیت‌ها پرسنل درمانی نیز اعتقاد به بی‌فایده بودن CPR داشتند و تمام تلاش خود را برای احیا بیمار نمی‌کردند [۲۸-۲۷]. این مطالعه جزو نخستین مطالعاتی است که در ایران نگرش پرستاران در مورد دستور عدم احیا را بررسی می‌کند. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد، پرستاران نسبت به دستور عدم احیا نگرش مثبتی دارند که هم‌راستا بامطالعه‌شان هانلون و همکاران است. او در این مطالعه ۱۷۸ پرستار در کشور ایرلند را مورد بررسی قرارداد که نتایج این مطالعه نشان از نگرش مثبت پرستاران نسبت به عدم احیا بود [۲۹] که این نگرش مثبت می‌تواند ناشی از تجربه بالای پرسنل آن منطقه در ایرلند باشد که مطابق بامطالعه حاضر بود. مطالعه حاضر نیز حاکی از آن بود که پرستارانی که سابقه کار بیشتری

بودند؛ به‌ویژه این موافقت در مورد اوتانازی غیرفعال بیشتر بود [۳۵].

### نتیجه‌گیری:

نتایج این مطالعه نشان داد که پرستاران در مجموع نگرش مثبتی به دستور عدم احیا دارند. همچنین برخی از مشخصات جمعیت شناختی شامل سابقه کار بالینی و جنسیت در نگرش پرستاران در مورد دستور عدم احیا تأثیر داشت. به‌طوری‌که زنان و کسانی که سابقه کار بالینی بیشتری داشتند، نسبت به دستور عدم احیا نگرش مطلوب‌تری داشتند. با توجه به نقش مهم پرستاران در تیم احیا و سابقه کار بالینی این افراد باید به نظرات آن‌ها در خصوص دستور عدم احیا بیشتر توجه شود و اصلاحیه‌ای در خصوص دستورالعمل عدم احیا در بخش‌های مختلف تدوین شود.

### پیشنهادات:

پیشنهاد می‌شود مطالعه‌ای بر روی ارتباط بین فرهنگ و اعتقادات افراد با دستور عدم احیا و ارتباط بین پرستار و بیماران و خانواده بیمار در خصوص دستور عدم احیا صورت بگیرد.

### تشکر و قدردانی:

از واحد توسعه تحقیقات بالینی مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی پیامینه دانشگاه علوم پزشکی شهرستان جهرم بابت تأمین تسهیلات لازم برای انجام این تحقیق تقدیر و تشکر می‌گردد.

### تعارض منافع:

در این مطالعه هیچ‌گونه تعارض منافع وجود ندارد.

سخت دانستند. (جدول ۲). در مطالعه سولماسی و همکاران نیز اشاره به نگرش مثبت پرستاران نسبت به توانایی‌های خود در طرح این موضوع برای بیمار و خانواده بیمار بود که همسو با مطالعه حاضر نیست [۳۱-۳۲]. در مطالعه مقدسیان و همکاران که به بررسی نگرش دانشجویان پرستاری دانشگاه‌های علوم پزشکی تبریز و کردستان در مورد دستور عدم احیا صورت گرفت، نتایج نشان داد که دانشجویان پرستاری نسبت به نگرش دستور عدم احیا نظر مثبتی ندارند که این دیدگاه می‌تواند ناشی از تجربه‌ی بالینی کم افراد شرکت‌کننده در این مطالعه باشد [۲۶] چنانچه در مطالعه حاضر نیز افرادی که سابق کار بیشتری داشتند، نمره آن‌ها در مورد نگرش مثبت به دستور عدم احیا بیشتر بود. شام و همکاران نیز در مطالعه‌ای در سال ۲۰۰۷ به موضوع تجربه کار در بالین و تغییر نگرش در رابطه دستور عدم احیا اشاره کرده‌اند [۳۳]. از یافته‌های مهم این پژوهش می‌توان به رابطه معنی‌دار بین نگرش پرستاران در مورد دستور عدم احیا با جنسیت و سابقه کار اشاره کرد (جدول ۳). در زنان نگرش مربوط به دستور عدم احیا بیشتر از مردان بود و همچنین نگرش مثبت‌تری در رابطه با دستور عدم احیا در رابطه با کسانی که سابق کار بیشتری داشتند، مشاهده شد که برخلاف مطالعه فلاحی و همکاران که بیان داشتند رابطه معنی‌داری بین نگرش پرستاران در مورد دستور عدم احیا، جنسیت و سابقه کار بالینی وجود ندارد [۳۴]. شاید تفاوت در این دو متغیر به تفاوت در ابزارهای مورد استفاده در دو مطالعه باشد. یکی از نتایج این مطالعه این بود که ۶۰/۴۲ درصد از افراد شرکت‌کننده موافق برخی جنبه‌های اوتانازی غیرفعال بودند؛ که این نتایج همسو با مطالعه رستگاری و همکاران می‌باشد. او در این مطالعه به این نتیجه رسید که بسیاری از پرستاران موافق اوتانازی

## References:

1. Burns JP, Edwards J, Johnson J, Cassem NH, Truog RD. Do-not-resuscitate order after 25 years. Crit care med 2003;31(5):1543-50.
2. Castledine G. Nurses should be more involved in DNR decisions. Br J Nurs 2004;13(3):175.
3. Saiyad S. Do not resuscitate: a case study from the Islamic viewpoint. J Islamic Med Assoc North Am 2009;41(3).
4. Kouwenhoven WB, Jude JR, Knickerbocker GG. Closed-chest cardiac massage. Jama 1960;173(10):1064-7.
5. Singer PA, Barker G, Bowman KW, Harrison C, Kernerman P, Kopelow J, et al. Hospital policy on appropriate use of life-sustaining treatment. Crit Care Med 2001;29(1):187-91.
6. Butler M, Saaidin N, Sheikh A, Fennell J. Dissatisfaction with Do Not Attempt Resuscitation Orders: A nationwide study of Irish consultant physician practices. Ir Med J 2006;99(7):208-10.
7. Breslin JM, MacRae SK, Bell J, Singer PA. Top 10 health care ethics challenges facing the public: views of Toronto bioethicists. BMC Med Ethics 2005;6(1):5.
8. Goodlin SJ, Zhong Z, Lynn J, Teno JM, Fago JP, Desbiens N, et al. Factors associated with use of cardiopulmonary resuscitation in seriously ill hospitalized adults. Jama 1999;282(24):2333-9.
9. McNamee J, O'Keefe S. Documentation of do-not-resuscitate orders in an Irish hospital. Ir J Med Sci 2004;173(2):99.
10. Shepardson LB, Youngner SJ, Speroff T, O'Brien RG, Smyth KA, Rosenthal GE. Variation in the use of do-not-resuscitate orders in patients with stroke. Arch Intern Med 1997;157(16):1841-7.
11. Ethics WGoCEotHAC, Committee. HA guidelines on life-sustaining treatment in the terminally. Hong Kong: Hospital Authority; 2002.
12. Lee J, Chen P, Yeo J, So H. Hong Kong Chinese teachers' attitudes towards life-sustaining treatment in

- the dying patients. *Hong Kong Med J* 2003;9(3):186-91.
13. Halevy A, Brody BA. A multi-institution collaborative policy on medical futility. *Jama* 1996;276(7):571-4.
  14. Picard EI RG. Legal liability of doctors and hospital in Canada. 5<sup>th</sup> ed. Scarborough: carswell; 1996.
  15. Okazi A, Bakhshandeh H, Ghadipasha M, Mehdizadeh F. A survey on 'do not attempt resuscitation order' in patients with cardiopulmonary arrest. *IJFM* 2014;20(3):103-1.
  16. Peimani M, Zahedi F, Larijani B. Do-not-resuscitate order across societies and the necessity of a national ethical guideline. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2012;5(5):19-35.
  17. Frahanchi A, Rahimi Z, Belbaki M. Investigate the status of non-rehabilitation guidelines as a moral choice Medical services. *Med Ethics J* 2018; 11(42): 118-132
  18. Palmer R. A review of nurses' attitudes towards DNAR decisions. *Nurs Times* 2007;104(39):30-1.
  19. Adams JA, Bailey DE, Anderson RA, Docherty SL. Nursing roles and strategies in end-of-life decision making in acute care: a systematic review of the literature. *Nurs Res Pract* 2011; 2011: 527834.
  20. Cheraghi MA, Bahramnezhad F, Mehrdad N, Zendejdel K. Development of the draft clinical guideline on how to resuscitate dying patients in the Iranian context: A study protocol. *Indian J Palliat Care* 2016;22(3):335.
  21. Price CA. Resources for planning palliative and end-of-life care for patients with kidney disease. *Nephrol Nurs J* 2003;30(6):649.
  22. Park Y-R, Kim J-A, Kim K. Changes in how ICU nurses perceive the DNR decision and their nursing activity after implementing it. *Nurs ethics* 2011;18(6):802-13.
  23. Bahramnezhad F, Cheraghi MA. Realization of Clinical Guidelines in Providing Health Services. *J hayat* 2015;21(3):1-4.
  24. Löfmark R. Do-not-resuscitate orders Ethical aspects on decision making and communication among physicians, nurses, patients and relatives: Department of Medical Ethics, Lund University; 2001.
  25. Takroui M, Halwani TM. An Islamic medical and legal prospective of do not resuscitate order in critical care medicine. *Internet J Health* 2008;7(1):12-6.
  26. Moghadasian s, Abdollahzadeh F, Rahmani A, Paknejad F, Heidarzadeh H. Do not resuscitate order: attitude of nursing students of Tabriz and Kurdistan Universities of Medical Sciences. *Iranian Journal of Microbiology*. 2014;6.(1)
  27. Thibault-Prevost J, Jensen LA, Hodgins M. Critical care nurses' perceptions of DNR status. *Journal of nursing scholarship*. 2000;32(3):259-65.
  28. Yaguchi A, Truog RD, Curtis JR, Luce JM, Levy MM, Mélot C, et al. International differences in end-of-life attitudes in the intensive care unit: results of a survey. *Archives of internal medicine*. 2005; 165(17):1970-5.
  29. O'Hanlon S, O'Connor M, Peters C, O'Connor M. Nurses' attitudes towards do not attempt resuscitation orders. *Clinical Nursing Studies*. 2013;1(1):43.
  30. Næss M. "Do-Not-Attempt-Resuscitation"-orders in ICCUs: A survey of attitudes and experiences of nurses in Norway. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2009;25(3):140-6.
  31. Sulmasy DP, He MK, McAuley R, Ury WA. Beliefs and attitudes of nurses and physicians about do not resuscitate orders and who should speak to patients and families about them. *Critical care medicine*. 2008;36(6):1817-22.
  32. Sulmasy DP, Sood J, Ury W. Physicians' confidence in discussing do not resuscitate orders with patients and surrogates. *Journal of medical ethics*. 2008;34(2):96-101.
  33. Sham C, Cheng Y, Ho K, Lai P, Lo L, Wan H, et al. Do-not-resuscitate decision: the attitudes of medical and non-medical students. *Journal of medical ethics*. 2007;33(5):261-5.
  34. Falahi M, Derakhshan HB, Borhani F, Pourhoseingholi MA. The comparison of Iranian Physician and Nurses attitudes towards Do-Not-Resuscitate Orders. *Advances in Nursing & Midwifery*. 2016;25(89):31-40.
  35. rastegari najaf abadi h, sedaghat m, saedi teharani s, aramesh k. Euthanasia: nurses perspective in teaching hospitals of Tehran University of Medical Sciences. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2010;3(5):37-44.

## Nurses' Attitude toward DNR Order: A Descriptive Cross-Sectional Study

Mohammad Shojaei<sup>1</sup>, Fatemeh Khornegah<sup>2</sup>, Mahsa Khoramkish<sup>2</sup>, Vahid Zarean<sup>3</sup>  
Navid Kalani<sup>4\*</sup>

Received: 2018/28/04

Accepted: 2018/22/05

1. Research center for non-communicable diseases, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran
2. Dept of nursing, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran
3. Dept of Anesthesiology, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran
4. Medical ethic research center, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran

Journal of Education and Ethics in Nursing, Vol.5, No.4, Winter2017

J Educ Ethics Nurs 2017;5(4):1-8

### *Abstract:*

#### **Introduction:**

The process of decision-making on DNR order is a unique and complicated one, since it is the only medical decision to be made prior to treatment with consultation and cooperation. Nurses are critical staff of medical team, who have a major role in the patients' health and whose attitude toward DNR order is of great importance. Therefore, we would try to study their attitude through this study.

#### **Methods and Materials:**

In 2017, a descriptive cross-sectional study is conducted with 144 nurses working for hospitals affiliated with Jahrom University of Medical Sciences by using random sampling. Our data-gathering tool was demographic questionnaire and Dun standard survey. Data were analyzed by SPSS 21.00, using descriptive statistics (percent, mean and standard deviation) as well as inferential tests (T-test, chi-squared test, and Man-Whitney).

#### **Results:**

Man-Whitney indicated that participants had a positive attitude to DNR order ( $p < 0.05$ ), i.e. there was a meaningful relationship between DNR order and the nurses' gender and clinical experience- women had a more positive impression than men towards DNR order ( $p < 0.05$ ). Also, the longer their clinical experience was, the more positive their attitude toward DNR order became ( $p < 0.05$ ).

#### **Conclusion:**

This study proved that most nurses had a positive attitude toward DNR order, so considering that nurses are a significant part of the medical staff, we suggest law bestowing them more authority in this regard are legislated by the Ministry of Health.

**Keywords:** DNR, Nurses, Attitude

\* Corresponding author Email: navidkalani@ymail.com