

نگرش کادر درمانی در خصوص دستور عدم احیا: مروری بر مطالعات انجام شده در ایران

بی بی منارضوی^۱، طیبه زارعی^۱، سمیرا زنبق^۱، پوریا ادیبی^۱، مجید وطن خواه^{۲*}

۱- استادیار گروه بیهوشی، مرکز تحقیقات بیهوشی و کنترل درد، دانشگاه علوم پزشکی بندرعباس، هرمزگان، ایران
 ۲- دانشیار گروه بیهوشی، مرکز تحقیقات بیهوشی و کنترل درد، دانشگاه علوم پزشکی بندرعباس، هرمزگان، ایران

Journal of Education and Ethics in Nursing, Vol.11, No.3&4, Fall & Winter 2022

چکیده:

مقدمه: درمان بیماران در روزهای پایانی زندگی، همواره چالشی برای کادر درمان، از جمله: پزشکان و پرستاران بوده است و تصمیم‌گیری در مورد ادامه درمان در این نوع بیماران، یکی از اساسی‌ترین نیازهای متخصصان سلامت می‌باشد. پژوهش حاضر، با هدف بررسی نگرش کادر درمانی، در خصوص دستور عدم احیا، مروری بر مطالعات انجام شده در ایران، انجام شده است.

روش کار: این پژوهش از نوع مرور نظام‌مند، می‌باشد. برای بررسی اولیه مطالعات انجام شده، از مقالات پایگاه‌های اطلاعاتی فارسی زبان، مانند: SID، Magiran، Iranmedex و انگلیسی زبان، از جمله: Science Direct، web of science و Scopus و موتورهای جستجوگر PubMed و Google Scholar، بدون محدودیت زمانی و جستجوی منطقی کلیدواژه‌های فارسی، شامل: «عدم احیای قلبی - ریوی»، «سیاست‌های منع احیا»، «دستور عدم احیا»، «ایران» و... و کلیدواژه‌های انگلیسی، مانند: do-not-resuscitate order، DNR، resuscitate order، iran، do-not-resuscitate، do-not-resuscitate policy، cardiopulmonary do-not-resuscitate، do-not-resuscitate policy، iran، do-not-resuscitate order، DNR، استفاده از چک لیست استاندارد STROBE، صورت گرفت.

یافته‌ها: در مرحله اولیه جستجوی مطالعات، ۹۶۳ مقاله بررسی گردید؛ سپس پژوهشگران، به بررسی مطالعات جستجو شده پرداختند و تعداد ۹۵۲ مقاله، به دلیل مرتبط نبودن با موضوع مورد بررسی، تکراری بودن و عدم دسترسی به مقاله، کامل حذف گردید. انتخاب پژوهش‌های توصیفی صورت گرفته در ایران، به هر دو زبان فارسی و انگلیسی انجام شد که در نهایت ۱۱ مقاله، جهت تحلیل و نگارش تحقیق، استفاده گردید. مقالات در سه طبقه اصلی، مورد ارزیابی نگرش‌ها، ابزارها و سیاست‌ها، مورد بررسی قرار گرفت.

نتیجه‌گیری: با توجه به وجود نگرش مثبت در مطالعات، پیشنهاد می‌شود ضمن توسعه، یکپارچه‌سازی و استانداردسازی ابزارهای نگرش سنجی و بررسی نقش سایر متغیرهای میانجی، بر نگرش کادر درمان نسبت به دستور عدم احیا، لازم است که ملاحظات اخلاقی، فقهی و حقوقی این امر به درستی مورد تحلیل قرار گیرد و بر طبق آن دستورالعمل اجرایی شفاف در اختیار کادر درمان، قرار گیرد.

واژگان کلیدی: عدم احیا، قلبی، ریوی، پرستاران، نگرش‌ها، سیاست‌ها، ابزارها، دستورات، ایران

J Educ Ethics Nurs 2022; 11(3&4):81-90

مقدمه

ریوی (Cardiopulmonary resuscitation (CPR)) را به همراه داشته باشد. لازم به ذکر است که احیا، شامل تمام اقدامات درمانی اولیه و پیشرفته، در شرایط ایست قلبی، به دلایل مختلف بالینی است [۲]. احیای قلبی - ریوی، یک روش بسیار مهم و خاص، در علم پزشکی است؛ زیرا بدون شروع آن مرگ قربانی غیر قابل اجتناب است و همچنین، این متد معمولاً در غیاب اعضای خانواده بیماران، صورت می‌گیرد [۳]. اگرچه احیای قلبی - ریوی، می‌تواند باعث برگرداندن حیات به برخی بیماران شود؛ اما در

درمان بیماران در روزهای پایانی زندگی، همواره معمای بزرگی برای کادر درمان، از جمله: پزشکان و پرستاران بوده است و تصمیم‌گیری در مورد ادامه درمان این بیماران، یکی از اساسی‌ترین نیازهای متخصصان سلامت می‌باشد [۱]. امروزه، با افزایش کیفیت مراقبت‌های پزشکی و ارتقای سطح رفاه جامعه، روزبه‌روز بر تعداد بیماران در مراحل پایانی بیماری‌های مزمن، افزوده می‌شود؛ بنابراین مراقبت از چنین بیمارانی می‌تواند، چالش‌های متعددی از جمله انجام یا عدم انجام احیای قلبی

*نویسنده مسئول، نشانی: دانشیار گروه بیهوشی، مرکز تحقیقات بیهوشی و کنترل درد، دانشگاه علوم پزشکی بندرعباس، هرمزگان، ایران.

تلفن تماس: ۰۹۱۷۶۱۶۰۰۳

پست الکترونیک: hormozgan91@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۱/۱۵

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۱/۲۷

این پژوهش انتقادی، با استفاده از یک پروتکل مرور نظام‌مند، انجام شده است. هدف این مطالعه، مرور نظام‌مند پژوهش‌های نگرش سنجی کادر درمان، در خصوص دستور عدم احیا در ایران، می‌باشد؛ بنابراین با در نظر گرفتن کادر درمان، شامل: پزشکان، پرستاران و دانشجویان علوم پزشکی به عنوان جامعه هدف، برای بررسی مطالعات اولیه انجام شده، از مقالات پایگاه‌های اطلاعاتی فارسی زبان، مانند: SID، Magiran، Iranmedex و انگلیسی زبان، شامل: PubMed، Embase، Science Direct، Web of science، و Scopus و موتور جستجوگر PubMed، Google Scholar، بدون محدودیت زمانی، تا فوریه ۲۰۲۳ (بهمن ۱۴۰۱)، استفاده شد. به منظور دستیابی به متن کامل مقالات، از کلیدواژه‌های فارسی، از جمله: «عدم احیای قلبی - ریوی»، «احیا نکن»، «سیاست‌های منع احیا»، «دستور عدم احیا»، «اقدام به احیا نکنید»، «کادر درمانی»، «پزشکان»، «پرستاران»، «دانشجویان»، «ایران» و کلیدواژه‌های انگلیسی، از قبیل: cardiopulmonary resuscitation, CPR, do-not-resuscitate, do-not-resuscitate policy, do-not-resuscitate decision, do-not-resuscitate order, do not attempt resuscitation, Iran, Medical staff, physicians, nurses, students, do not attempt resuscitation order, DNR، استفاده گردید.

معیارهای انتخاب و ارزیابی کیفیت مقالات

در ابتدا، لیستی از عناوین و چکیده تمام مقالات موجود در پایگاه‌های اطلاعاتی یاد شده، توسط پژوهشگران تهیه و به منظور تعیین و انتخاب عناوین مرتبط، به صورت مستقل مورد بررسی قرار گرفتند. با بررسی‌های انجام شده، مطالعات تکراری حذف و پس از بررسی دقیق متن مقالات، مقالات مرتبط انتخاب شدند. ارزیابی کیفیت مقالات، با استفاده از چک لیست استاندارد STROBE، صورت گرفت [۲۳].

این چک لیست، حاکی از ۴۳ بخش متنوع بوده و جنبه‌های متعدد روش‌شناسی پژوهش، که شامل: روش‌های نمونه‌گیری، اندازه‌گیری متغیرها، تحلیل آماری و اهداف مطالعه است را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. در این چک لیست، با احتساب ۱ نمره برای هر بخش، حداقل امتیاز قابل کسب، نمره ۴۰ و حداکثر آن نمره ۴۵، در نظر گرفته شد. در پایان، مقاله‌هایی که حداقل امتیاز (۴۰ نمره) داده شده به سؤالات چک لیست را به دست آورده بودند، وارد مطالعه شدند. برای جلوگیری از سوگرایی، استخراج و ارزیابی کیفیت مقالات، توسط دو پژوهشگر مستقل انجام گردید. در مواردی که میان دو پژوهشگر، اختلاف نظر وجود داشت، بررسی مقاله توسط فرد سوم انجام گرفت. داده‌های مقالات مورد مطالعه، در قالب نام نویسنده اول، سال انتشار، مکان انجام مطالعه، نوع مطالعه، حجم نمونه، ابزار پرسشنامه و یافته‌های مطالعه، استخراج گردید.

نهایت این وضعیت فیزیکی و پیش‌آگهی بیماران است که بیشترین نقش را در تعیین مؤثر بودن احیا، دارد [۴]. علی‌رغم آن که احیای قلبی - ریوی، در برخی موارد می‌تواند نتایج مطلوبی را به همراه داشته باشد؛ اما گاهی اوقات ممکن است به شکست ختم شود و اگر بقای بیمار را بازگشت به زندگی طولانی و با کیفیت بالا بدون مشکلات و ناتوانی‌های آزاردهنده تعریف کنیم، درصد موفقیت‌آمیز احیای قلبی - ریوی، نادر خواهد بود [۵]. بر این اساس، حدود نیم قرن پیش، دستور عدم احیا (Do-Not-Resuscitate Order (DNR))، در متون پزشکی معرفی شد و اولین دستورالعمل‌های این روش به دنبال ناکارآمدی احیای قلبی - ریوی، در بیشتر موارد همراه با تحمیل هزینه‌های سنگین مالی و اتلاف خدمات انسانی منتشر گردید [۶-۹]. دستور مؤثر نبودن احیای قلبی - ریوی، در بسیاری از موارد و به دلیل ایجاد درد، رنج بیشتر، مرگ طولانی برای بعضی از بیماران و به دنبال آن احیای ناموفق (۱۹۷۰)، در آمریکا ارائه شد [۱۰ و ۱۱]؛ به طور مثال: طبق دستورالعمل‌های انجمن پزشکی آمریکا، دستورات عدم احیا، بر اساس خواسته‌های بیمار و مسائل بیهودگی درمان، مانند: پیش‌آگهی، با هدف اجتناب از احیای قلبی - ریوی، صادر می‌شود [۱۲]. بر اساس دستورالعمل‌های موجود، می‌توان دستور عدم احیا را عدم شروع احیای قلبی - ریوی، در حضور ایست قلبی یا تنفسی دانست [۱۳]. این روش، زمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد که پیش‌آگهی بیمار، بسیار ضعیف است [۱۴]. از آنجا که این موضوع، با ملاحظات اخلاقی متناسب با فرهنگ‌ها و باورهای کشورها به شیوه‌های گوناگونی نگریسته می‌شود [۱۵] و مطالعات حاکی از وجود ناهمگونی در شیوه‌های دستور عدم احیا، بین کشورها، مؤسسات مراقبت‌های بهداشتی در داخل یک کشور و حتی میان پزشکان است، که می‌تواند به عواملی از قبیل: حجم کار، هنجارهای فرهنگی، اعتقادات مذهبی کادر درمان، عوامل مرتبط با بیمار، مانند سن و شدت بیماری، بستگی داشته باشد [۱۶-۱۹]؛ بنابراین پرداختن به این موضوع، در قالب مرور مطالعات در مناطق مختلف، با زمینه‌های مشخص فرهنگی و اعتقادی، می‌تواند به روشن شدن زوایای بیشتر این موضوع کمک کند؛ چرا که علی‌رغم مطالعات متعدد در مورد دستور عدم احیا در سراسر جهان، پزشکان و تیم‌های پزشکی هنوز در این زمینه با چالش‌هایی مواجه هستند و این دستور به عنوان مانعی برای انجام مداخلات پزشکی و خدمات مراقبت پرستاری، در نظر گرفته نمی‌شود [۲۰-۲۲]؛ بنابراین پژوهش حاضر، با هدف مرور نظام‌مند مطالعات انجام شده در ایران، در خصوص بررسی نگرش کادر درمانی، نسبت به دستور عدم احیا، انجام شده است.

روش کار

کرده‌اند و تنها در ۳ مقاله، نتایج تحلیل داده‌ها با نگرش منفی، گزارش شده است. مطالعات مقدسیان و همکاران، [۳۱ و ۲۶] که هردو در تبریز و کردستان (۱۳۹۱ - ۱۳۹۲)، انجام شده است، نگرش پرستاران و دانشجویان پرستاری را نسبت به دستور عدم احیا، منفی به دست آورده است. پژوهش گودرزی و همکاران [۳۸]، که در کرمانشاه انجام شده است، نگرش محدودی نسبت به دستور عدم احیا، داشتند؛ همچنین مطالعات، تفاوت معناداری میان نگرش گروه‌های مختلف کادر درمان، از قبیل: پزشکان، پرستاران و دانشجویان گزارش نکردند؛ همچنین متغیر دموگرافیک خاصی بر نگرش کادر درمان اثر گذار نیست و تنها سابقهٔ بیش از ۱۵ سال [۳۷]، تجربهٔ شرکت در احیای قلبی - ریوی و دستور عدم احیا [۳۲] بر تأکید کادر درمان در نگرش مثبت، نقش دارد.

از دیدگاه ابزارهای مورد استفاده در مطالعات، از سه دسته ابزار به صورت پرسشنامه، استفاده شده است، مانند: ۱- نگرش به عدم احیا (Attitudes on DNR)؛ ۲- ترجمه شده Hosaka؛ [۲۵] ۳- محقق ساخته؛ پرسشنامهٔ نگرش به عدم احیا، توسط Dunn (۲۰۰۰)، ابداع شده است که دارای ۲۵ گویه، می‌باشد و عبارت است از: الف) ۸ گویه، دیدگاه پرسنل درمانی در مورد دستور عدم احیا؛ ب) ۱۲ گویه، روش اجرای رویهٔ عدم احیا؛ پ) ۳ گویه، نگرش به برخی از جنبه‌های اتانازی غیر فعال؛ ج) ۲ گویه، تأثیر عوامل فرهنگی - مذهبی، بر دیدگاه کادر درمان، نسبت به دستور عدم احیا را مورد بررسی و سنجش قرار می‌دهد [۲۴].

در این ابزار، پاسخ به هر پرسش، بر اساس طیف ۵ گزینه‌ای لیکرت، از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم، از شرکت کنندگان اخذ می‌شود که به ترتیب نمره، 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 و خط برشی نیز برای ابزار خود معرفی نکرده است. در این پژوهش، پاسخ به هر گویه بر روی دامنهٔ ۱ تا ۵، گزارش می‌شود. نمرهٔ بالاتر به هر گویه، نشان دهندهٔ نگرش مثبت‌تر به آن گویه است. این پرسشنامه، نخستین بار در مطالعهٔ مقدسیان و همکاران (۲۰۱۴)، مورد استفاده قرار گرفت، که روایی صوری و محتوای این پرسشنامه، توسط ۱۵ نفر از اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، در رشته‌های معارف اسلامی، اخلاق پزشکی و پرستاری، تعیین شد؛ پس از پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ و مطالعهٔ راهنما، بر روی ۳۰ دانشجوی پرستاری، آلفای کرونباخ برای آن ۰/۸۴، گزارش شد [۲۶].

پرسشنامه‌های محقق ساخته: از مجموع ۱۱ مقالهٔ ارزیابی شده، ۵ مقاله، از پرسشنامهٔ محقق ساخته استفاده کرده‌اند. پرسشنامهٔ تحقیق، کلید جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز برای یک مطالعهٔ

قابلیت اطمینان بین ارزیاب

نویسندهٔ اول، مطالعات را با استفاده از معیارهای ورود و خروج و محقق دوم ۱۰٪، از این مباحث را مورد غربال‌گری قرار دادند. این اختلافات با استفاده از یک استراتژی، که قبلاً تعریف شده بود، حل و هرگونه تفاوت بین دو ارزیاب، با بحث و گفتگو تحلیل شد. در مواردی که توافق حاصل نمی‌شد، با نویسندهٔ سوم مشورت انجام می‌گردید.

معیارهای ورود به مطالعه

حداقل امتیاز لازم، طبق چک لیست STROBE، برای ورود به مطالعه، مقالات مرتبط با نگرش کادر درمان، نسبت به دستور عدم احیا، مطالعات انجام شده در ایران، به زبان‌های فارسی و انگلیسی.

معیارهای خروج از مطالعه

مطالعات انجام شده در خارج از ایران، مقالات تکراری، مقالات مروری یا متاآنالیز، مقالات کوتاه، مقالات به صورت کنفرانس و نامه به سردبیر، عدم دسترسی به فول تکست کامل مقالات.

نتایج فرآیند انتخاب مقالات

در مرحلهٔ اولیة جستجوی مطالعات، ۹۶۳ مقاله، بررسی گردید؛ سپس پژوهشگران، به بررسی مقالات جستجو شده پرداختند و تعداد ۹۵۲ مقاله، به دلیل مرتبط نبودن با موضوع مورد مطالعه، تکراری بودن و عدم دسترسی به مقاله، کامل حذف گردید. در پایان ۱۱ مقاله، جهت نگارش این تحقیق، استفاده گردید.

یافته‌ها

از میان پژوهش‌های مورد بررسی، محل انجام ۳ مقاله، تبریز و ۳ مقالهٔ دیگر، کرمانشاه می‌باشد و سایر مقالات در تهران، مشهد، همدان، شاهرود، چهرم و گلستان، انجام شده است. نوع مطالعه در ۵ مقاله توصیفی - مقطعی، ۴ مطالعه به صورت توصیفی - تحلیلی و ۲ مقاله توصیفی - مقایسه‌ای، بوده است. ابزار جمع‌آوری اطلاعات در ۵ مقاله، پرسشنامهٔ DUNN [۲۴] و در ۵ مقاله، به صورت محقق ساخته بود. یک مطالعه هم از پرسشنامهٔ Hosaka، [۲۵] استفاده کرده است. جزئیات مقالات در جدول شمارهٔ ۲، ارائه شده است. یافته‌های این پژوهش، در سه طبقهٔ اصلی، نگرش‌ها، ابزارهای مورد استفاده و سیاست‌ها، قابل ارزیابی است.

در بخش نگرش‌ها، مطالعات انجام شده در ایران، شامل دو دسته از نگرش‌های مثبت و منفی می‌باشد که آن‌را گزارش کرده است. ۸ مقاله، نگرش مثبت پرستاران به دستور عدم احیا را گزارش

خواسته می‌شود به پرسشنامه‌ها پاسخ و واکنش آن‌ها ثبت خواهد شد؛ به همین دلیل، مشاهدات و ارزیابی آن‌ها در مورد پرسشنامه، مورد توجه قرار می‌گیرد تا در هنگام تدوین نهایی پرسشنامه، مورد توجه قرار گیرد [۲۷].

اگر پرسشنامه، این مراحل را پشت سر بگذارد، ممکن است به عنوان یک پرسشنامه استاندارد (Standardized Questionnaire) یا هنجار (Normalized Questionnaire) شده، مورد استفاده پژوهشگران بعدی قرار گیرد [۲۹].

در جدول ۳، ویژگی‌های ابزارهای محقق ساخته این مطالعات، با جزئیات بیشتر گزارش شده است که نشان می‌دهد، در مجموع تمام مطالعات، ۴ پرسشنامه وجود دارد، از جمله: ۱- استاندارد و ترجمه شده DUNN؛ ۲- محقق ساخته و هنجار شده فلاحی و همکاران [۳۲]؛ ۳- Hosaka (۲۵)؛ ۴- محقق ساخته گودرزی و همکاران [۳۸]؛

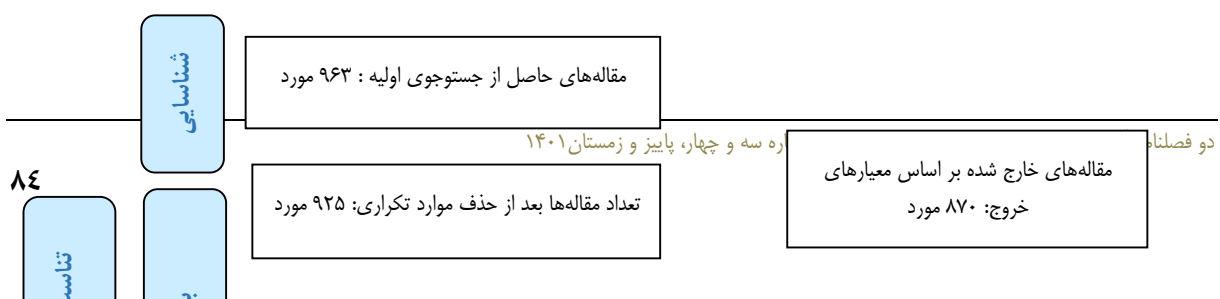
در زمینه سیاست‌های دستور عدم احیا، این مطالعات گزارش روشنی از پروتکل‌های اخلاقی و اجرایی دستور عدم احیا، گزارش نکرده‌اند؛ با این حال بیشتر مطالعات در بیان مسأله و بحث، بر ضرورت وجود دستورالعمل‌های شفاف و روشن، که منطبق بر ملاحظات اخلاقی، فقهی و حقوقی باشد اشاره کرده‌اند.

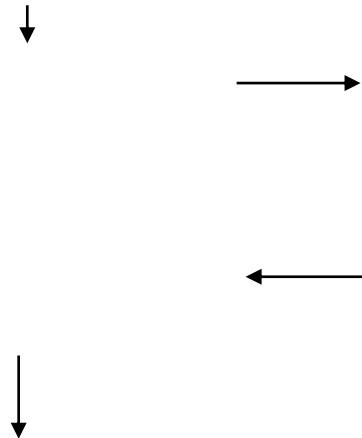
پژوهشی است. مواردی وجود دارد که محققان تصمیم می‌گیرند، پرسشنامه تحقیقی خود را طوری درست کنند که واقعاً با پژوهش حاضر، مطابقت داشته باشد. پرسشنامه محقق ساخته، به ابزاری اطلاق می‌شود که در تحقیقی توسط خود محقق، تهیه یا ساخته می‌شود، استفاده گردد. درون‌مایه‌ها در درجه اول، بر اساس اطلاعات به اشتراک گذاشته شده توسط همکاران وی، هیأت متخصصان و دانش شخصی خود محقق است. برای سنجش روایی و پایایی، پرسشنامه محقق ساخته، باید مراحل اعتبار سنجی را طی کند. در این زمینه، محقق موظف است پرسشنامه را در اختیار گروه کارشناسان قرار دهد. آن‌ها کلمات استفاده شده در هر بیانیه را به دقت بررسی خواهند کرد؛ به همین ترتیب، ارتباط هر بیانیه را با پژوهش حاضر، برای دستیابی به نتایج مورد انتظار، از تحقیقی که باید انجام شود بررسی می‌کنند و سوالات باید با هدف مطالعه، هماهنگ باشند [۲۷]. روایی ابزارهای اندازه‌گیری محقق ساخته و ابزارهایی که اعتبار آن‌ها در فرهنگ‌ها و زبان‌های دیگر، به تأیید رسیده باشد، لازم است طی فرآیند روان‌سنجی، مورد ارزیابی قرار گیرد [۲۸].

همچنین پرسشنامه اصلاح شده، در حیطه آزمایش میدانی قرار می‌گیرد و در آن از افرادی که در انجام پژوهش شرکت نمی‌کنند،

جدول ۱: راهبرد جستجو

ردیف	بخش‌ها	کلیدواژه‌های سرچ شده در عنوان و چکیده
۱	کلیدواژه‌های فارسی	عدم احیای قلبی - ریوی، احیا نکن، سیاست‌های منع احیا، دستور عدم احیا، اقدام به احیا نکنید، کادر درمانی، پزشکان، پرستاران، دانشجویان، ایران.
۲	کلیدواژه‌های انگلیسی	cardiopulmonary resuscitation, do-not-CPR, do-not-resuscitate, do-not-resuscitate policy, do-not-resuscitate decision, do-not-resuscitate order, do not attempt resuscitation, Iran, Medical staff, physicians, nurses, students do not attempt resuscitation order, DNR
۳	جامعه هدف	پزشکان، پرستاران، دانشجویان علوم پزشکی.
۴	محدوده زمانی	بدون محدودیت زمانی تا فوریه ۲۰۲۳ (بهمن ۱۴۰۱).
۵	زبان	فارسی و انگلیسی.
۶	استراتژی جستجو	عمل‌گرهای منطقی AND و OR و ترکیب ردیف‌های ۱ تا ۵.
۷	پایگاه‌های داده	SID, Iranmedex, Magiran Google Scholar, Embase, Science Direct, Web of science, PubMed, Scopus





نمودار ۱: فلوجارت بررسی و جستجوی مقاله‌ها

جدول ۲: مطالعات اولیه وارد شده در مرور نظام‌مند

ردیف	نویسنده	سال انجام مطالعه	نوع مطالعه	جامعه پژوهش / حجم نمونه	محل انجام مطالعه	پرسشنامه به کار رفته	نتایج
۱	فجرزاده [۳۰]	۱۳۹۱	توصیفی-مقطعی	۲۲۰ دانشجوی پزشکی	تهران	Hosaka	در این مطالعه، بیشتر شرکت‌کنندگان معتقد بودند که کارت‌های دستور عدم احیا، برای استقرار در محیط‌های بالینی مفید هستند؛ اما از آنجایی که دستور عدم احیا، قطعاً یک تصمیم پزشکی است، باید به وضوح با بیماران و خانواده‌های آنها در میان گذاشته شود؛ همچنین در شرایط پزشکی باید، در قالب استاندارد ارائه گردد.
۲	مقدسیان [۲۶]	۱۳۹۱	توصیفی-مقایسه‌ای	۳۰۶ پرستار	تهریز و کردستان	Dunn	پرستاران ایرانی، صرف نظر از فرقه‌های مذهبی خود، نگرش منفی نسبت به بسیاری از جنبه‌های دستورات DNR، گزارش کردند.
۳	مقدسیان [۳۱]	۱۳۹۲	توصیفی-تحلیلی	۱۸۶ دانشجوی پرستاری	تهریز و کردستان	Dunn	نتایج این مطالعه نشان داد که در اغلب گویه‌ها، دانشجویان پرستاری شرکت‌کننده در مطالعه، نگرش منفی به دستور عدم احیا داشتند.
۴	فلاحی [۳۲]	۱۳۹۳	توصیفی-مقایسه‌ای	۱۵۲ پزشک، ۱۵۲ پرستار	کرمانشاه	محقق ساخته	تفاوتی میان نگرش پزشکان و پرستاران (نگرش مثبت) در زمینه دستور عدم احیا، وجود ندارد. پرستاران و پزشکانی که تجربه شرکت در احیای قلبی-ریوی و دستور عدم احیا را داشتند، نگرش مثبت‌تری به دستور عدم احیا داشتند.
۵	فلاحی [۳۳]	۱۳۹۵	توصیفی-تحلیلی	۱۵۲ پزشک	کرمانشاه	محقق ساخته	پزشکان نگرش مثبتی، نسبت به دستور عدم احیا داشتند.
۶	فیاضی بردبار [۳۴]	۱۳۹۶	توصیفی-مقطعی	۴۷ کارکنان درمانی (پزشکان و پرستاران)	مشهد	محقق ساخته	پرستاران و پزشکان، نسبت به دستور عدم احیا، نگرش مثبتی داشتند.
۷	شجاعی [۳۵]	۱۳۹۷	توصیفی-مقطعی	۱۴۴ پرستار	چهرم	Dunn	بیشتر پرستاران، نسبت به دستور عدم احیا، نگرش مثبتی دارند.

ردیف	نویسنده	سال انجام مطالعه	نوع مطالعه	جامعه پژوهش / حجم نمونه	محل انجام مطالعه	پرسشنامه به کار رفته	نتایج
۸	صفری ملک کلائی [۳۶]	۱۳۹۷	توصیفی- تحلیلی	۱۵۶ پرستار بخش مراقبت‌های ویژه	گلستان	Dunn	پرستاران، نسبت به دستور عدم احیا، نگرش مثبتی دارند.
۹	نقشبندی [۳۷]	۱۳۹۷	توصیفی- تحلیلی	۲۵۵ پرستار بخش مراقبت‌های ویژه	تبریز	محقق ساخته	به طور کلی، پرستاران شرکت‌کننده نگرش مثبتی نسبت به دستور DNR ندارند؛ اما افراد با بیش از ۱۵ سال سابقه کار، نگرش مثبت‌تری نسبت به این امر داشتند و بررسی این عامل و علل تأثیر آن بر تغییر نگرش افراد، باید در مطالعات بعدی انجام گیرد.
۱۰	گودرزی [۳۸]	۱۳۹۹	توصیفی- مقطعی	۱۲۸ پرستار	کرمانشاه و همدان	محقق ساخته	پرستاران، نگرش محدودی نسبت به دستور عدم احیا، داشتند.
۱۱	میرحسینی [۳۹]	۱۳۹۹	توصیفی- مقطعی	۳۲۲ کارکنان درمان و دانشجویان علوم پزشکی بالینی	شاهرود	Dunn	کارکنان بهداشت و درمان، نگرش مثبتی نسبت به دستور عدم احیا، دارند.

جدول ۳: گزارش جزئیات ابزارهای محقق ساخته

ردیف	نویسنده	سال انجام مطالعه	تعداد گویه‌ها	پیشینه ابزار	طیف اندازه‌گیری	آلفای کرونباخ
۱	فلاحی [۳۲]	۱۳۹۳	۱۱	-	طیف لیکرت ۵ رتبه‌ای کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۵)	۰/۸۸
۲	فلاحی [۳۳]	۱۳۹۵	۱۱	مطالعه فلاحی ۱۳۹۳	طیف لیکرت ۵ رتبه‌ای کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۵)	۰/۸۸
۳	فیاضی بردبار [۳۴]	۱۳۹۶	۱۱	مطالعه فلاحی ۱۳۹۳	طیف لیکرت ۵ رتبه‌ای کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۵)	۰/۸۸
۴	نقشبندی [۳۷]	۱۳۹۷	۱۱	مطالعه فلاحی ۱۳۹۳	طیف لیکرت ۵ رتبه‌ای کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۵)	۰/۸۷۸
۵	گودرزی [۳۸]	۱۳۹۹	۲۴	-	پاسخ‌های بله / خیر	۰/۸۱۶

بحث

اجتناب شود [۴۰]. علاوه بر این، مطالعه کونیشی و همکاران (۱۹۹۷)، بررسی نگرش پرستاران نسبت به دستور عدم احیا در ژاپن، نشان داد که تقریباً همه پرستاران، اجرای این دستور را ملاک یک روش مناسب در نظر گرفته‌اند و همچنین از آن به عنوان یک فرآیند ایده‌آل حمایت کرده‌اند؛ با این حال بیان کرده‌اند که چنین روشی می‌تواند به دلیل عوامل فرهنگی و روانشناختی، وضعیت دشواری را برای پرستاران ایجاد کند [۴۱]. بسیاری از پرستاران مراقبت‌های ویژه در ایالات متحده نیز تصورات نادرستی در مورد دستورات عدم احیا، دارند [۴۲].

برخی پژوهش‌ها، گوناگونی را در مسیر صدور دستور عدم احیای قلبی - ریوی و اجرای فرآیند آن بر شمرده‌اند، که می‌توان به این موارد اشاره کرد: بیماران و اعضای خانواده، میزان بقا پس از احیای قلبی - ریوی را بیش از حد تخمین می‌زنند و احتمال اختلال

پژوهش‌های انجام شده در ایران، نشان می‌دهد که کادر درمان، نگرش‌های متفاوتی در زمینه دستور عدم احیا، دارند؛ اما بیشتر مطالعات، نگرش مثبت را گزارش کرده‌اند. (۸ مطالعه از مجموع مقالات مورد ارزیابی) تحقیقات انجام شده در سال‌های اخیر، در میان کارکنان مراقبت‌های بهداشتی در ایالات متحده، فنلاند، سوئد و آلمان، نشان داد که این افراد، علی‌رغم وجود برخی تفاوت‌ها، نگرش تقریباً مثبتی، نسبت به دستور عدم احیا، اتخاذ کرده‌اند [۱]؛ البته برای مطالعاتی که به نگرش منفی کادر درمان، در خصوص دستور عدم احیا، دست یافته بودند نیز تأییدکننده‌هایی در پژوهش‌های جهانی وجود دارد. گونیویز و همکاران (۲۰۱۳)، در لهستان با بررسی نگرش گروهی از پرستاران، نسبت به دستور عدم احیا و موارد تصمیم‌گیری در مورد آن‌ها، مشخص کردند که ۷/۳٪ از پرستاران، اظهار داشته‌اند که از اجرای دستور DNA، باید

احیا را داشتند، نگرش مثبت‌تری به دستور عدم احیا داشتند [۳۲]. این موضوع می‌تواند مجالی برای تحقیقات بیشتر باشد؛ چرا که تجربه این امر، یک مقوله دو سویه است و همانگونه که تجربه مرگ و میر، پس از احیا می‌تواند توجیهی برای دستور عدم احیا باشد، تجارب موفق احیای قلبی - ریوی نیز می‌تواند، در نقطه مقابل دستور عدم احیا قرار گیرد. این شرایط عمدتاً چنان می‌باشد که می‌تواند پرستارانی را که قبلاً با بیمارانی مواجه شده بودند، که امکان مرگ آن‌ها وجود داشت؛ اما پس از عملیات احیا، زنده مانده و به زندگی عادی خود بازگشتند، سرگردان کند [۵۵-۵۳].

بنابراین مقالات، به ضرورت وجود دستورالعمل‌ها یا رویه‌های استاندارد و قانونی برای دستورات عدم احیا، اشاره کرده‌اند [۳۰]. داده‌های مطالعات مروری، در زمینه دستورات عدم احیا، علی‌رغم اجرای آن، میزان قابل توجهی از ناهمگونی را در اجرای قانون، به ویژه در مورد استقلال بیمار، مشارکت بیمار و خانواده‌اش در تصمیم‌گیری و ویژگی‌های بیمار، که ممکن است بر تصمیم پزشک تأثیر بگذارد، نشان می‌دهد [۵۷ و ۵۶]؛ همچنین برخی مقالات، به عوامل مختلفی اشاره دارد، مانند: نگرانی‌های اخلاقی در مورد تصمیمات پایان زندگی، مسائل حقوقی، ترجیحات خانواده بیمار، بیمار و نشانه‌های پزشکی مناسب، باید در نظر گرفته شود. وضعیت بیمار، پیش‌آگهی، کیفیت زندگی، هزینه خدمات مراقبت‌های ویژه برای بیماران مرحله پایانی، احساس فشار بر دیگران و تمایل خانواده به مراقبت از بیمار یا نه، نقش مهمی در تصمیم‌گیری دستورات عدم احیا، ایفا می‌کنند [۵۸-۶۰].

نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش، حاکی از آن بود که کادر درمان، نگرش مثبت بیشتری نسبت به دستور عدم احیای قلبی - ریوی دارند و این موضوع را پژوهشگران ایرانی، با کمک ۴ ابزار، اندازه‌گیری کرده‌اند که به لحاظ ارتباط‌گیری میان یافته‌ها می‌تواند، تحلیل را ساده‌تر کند. مطالعات توصیفی - مقطعی انجام شده، که با هدف بررسی نگرش کادر درمان، طراحی شده بود؛ کمتر سیاست‌های دستور عدم احیا را مورد تحلیل قرار داده‌اند. این موضوع سبب شده است تا بر ضرورت وجود یک دستورالعمل استاندارد و قانونی اشاره داشته باشند که می‌تواند، مجالی برای پژوهش‌های آینده باشد؛ بنابراین با توجه به وجود نگرش مثبت در مطالعات، پیشنهاد می‌شود ضمن توسعه، یکپارچه‌سازی و استانداردسازی ابزارهای نگرش‌سنجی و بررسی نقش سایر متغیرهای میانجی، بر نگرش کادر درمان، نسبت به دستور عدم احیا، لازم است که ملاحظات اخلاقی، فقهی و حقوقی این موضوع، به درستی مورد تحلیل قرار گیرد و بر طبق آن دستورالعمل اجرایی شفاف در اختیار کادر درمان قرار گیرد.

عصبی را حداقل و در نتیجه باور به مزایای آن را تقویت می‌کنند [۴۳]. انتشار گسترده کمپین‌های کمک و واکنش‌های اولیه، که در آن بر اهمیت مداخله قاطع تماشاگران، تأکید و هرگونه احتمال آسیب، کم اهمیت جلوه داده شد. رسانه‌های تخیلی ایالات متحده، به طور مشابه عملیات احیا را به عنوان یک مداخله بسیار موفق و نجات دهنده، به تصویر کشیدند [۴۴]؛ همچنین معمولاً باورهای مذهبی یا فرهنگی شخصی، ترس از اشتباه، بی‌تجربه بودن، خجالت و تمایل به استفاده از اصطلاحات تخصصی پزشکی است، که از مشارکت کامل بیمار در بحث جلوگیری می‌کند [۴۵]. از سویی پتانسیل دستور عدم احیا و تأثیر منفی که بر مراقبت دارد، می‌تواند در نگرش منفی، نقش داشته باشد [۴۶]. رها کردن نامناسب بیمار نیز نگرانی مشترک پزشکان و بیماران است [۴۷ و ۴۸]. از دیدگاه اسلوبی، می‌توان به محدودیت زمانی کارکنان پزشکی، ارائه آموزش و آموزش ناکافی، فقدان دستورالعمل‌ها یا خط مشی منسجم و در دسترس بودن کارکنان ارشد، برای تصمیم‌گیری اشاره کرد، که به عنوان دلایل نگرش منفی خود نمایی می‌کند [۴۹ و ۵۰].

علاوه بر این، در فرهنگ اسلامی که در آن حیات و زندگی انسان، دارای ارزش‌های خاصی است و لحظات زندگی، با ارزش‌های والایی مورد احترام قرار می‌گیرد، تدوین دستورالعمل‌هایی که به‌طور شفاف، روش تصمیم‌گیری در مورد دستور عدم احیا را تشریح کرده باشد، اهمیت بالایی برخوردار است. با توجه به ادبیات مرتبط و علی‌رغم اینکه دستورات عدم احیا، در برخی از کشورهای مسلمان اجرا می‌شود، هنوز انجام آن قانونی نیست. در حال حاضر در مورد قانونی بودن این تصمیم در ایران، اختلاف نظر وجود دارد و هیچ نتیجه قطعی یافت نشده است؛ با این حال شواهد حاکی از آن است که سیستم حقوقی ایران، این پتانسیل را دارد که ساماندهی دستور عدم احیا و مسائل مربوط به آن را تنظیم کند [۳۲].

همچنین مطالعات مقایسه‌ای، تفاوت معناداری میان نگرش پرستاران و پزشکان گزارش نکردند [۳۲]. فرآیند تصمیم‌گیری درباره دستور عدم احیا، منحصر به فرد می‌باشد؛ زیرا تنها تصمیم درمانی است که بایستی از قبل گرفته شود. یافته‌ها حاکی از آن است که پزشکان و پرستاران، در فرآیند تصمیم‌گیری بر مبنای دستور عدم احیا و جنبه‌های اخلاقی آن نامطمئن می‌باشند [۵۱]؛ به طوری که بیشتر پزشکان، نارضایتی خودشان را درباره مسائل مورد بحث، در خصوص دستور عدم احیا اعلام کرده‌اند و همچنین یک اختلاف قابل توجه در تدوین، ثبت صدور و اجرای دستورات عدم احیا، در میان آن‌ها وجود دارد [۵۲].

در مطالعه فلاحی، این یافته به دست آمده است که پرستاران و پزشکانی که تجربه شرکت در احیای قلبی - ریوی و دستور عدم

در استفاده از منابع و اصول اخلاقی، در نگارش متون علمی رعایت شده است.

تعارض منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافی را ذکر نکردند.

سهم نویسندگان

تمامی نویسندگان در اجرای این پژوهش، همکاری لازم داشته‌اند.

ملاحظات اخلاقی

با توجه به نوع پژوهش، که مرور نظام‌مند می‌باشد، در این تحقیق، ملاحظات اخلاقی خاصی وجود ندارد و امانتداری علمی

References:

1. Peimani M., Zahedi F., Larijani B. Do-not-resuscitate order across societies and the necessity of a national ethical guideline. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine* 2012; 5(5), 19–35
2. Hinkka HKE, Metsänoja R, Lammi U-K, Kellokumpu-Lehtinen P. To resuscitate or not: a dilemma in terminal cancer care. *Resuscitation*. 2001;49(3):289–297.
3. Cantor MD, Braddock III CH, Derse AR, et al. Do-not-resuscitate orders and medical futility. *Arch Intern Med* 2003; 163(22): 2689–94.
4. Abbas SQ, Abbas Z, Macaden S. Attitudes towards euthanasia and physician-assisted suicide among Pakistani and Indian doctors: a survey. *Indian J Palliat Care* 2008; 14(2): 71–4.
5. Okazi ABH, Ghadipasha M, Mehdizadeh F. A survey on 'do not attempt resuscitation order' in patients with cardiopulmonary arrest. *IJFM*. 2014;20(3):103–110.
6. de Vos RKR, de Haan RJ, Oosting H, van der Wouw PA, Lampe-Schoenmaeckers AJ. In-hospital cardiopulmonary resuscitation: prearrest morbidity and outcome. *Arch Intern Med*. 1999;159(8):845–850.
7. Sasson C, Rogers M, Dahl J, Kellermann AL. Predictors of survival from out-of-hospital cardiac arrest: a systematic review and meta-analysis. *Circul Cardiovasc Qual Outc* 2010;3(1):63–81.
8. Loertscher L, Reed D, Bannon MP, Mueller PS. Cardiopulmonary resuscitation and do-not-resuscitate orders: a guide for clinicians. *Am J Med* 2010;123(1):4–9.
9. Burns JP, Edwards J, Johnson J, Cassem NH, Truog RD. Do-not-resuscitate order after 25 years. *Crit Care Med*. 2003;31(5):1543–1550.
10. Castledine G. Nurses should be more involved in DNR decisions. *Br J Nurs* 2004;13(3):175.
11. Saiyad S. Do not resuscitate: a case study from the Islamic viewpoint. *J Islamic Med Assoc North Am* 2009;41(3).
12. Guidelines for the Appropriate Use of Do-Not-Resuscitate Orders. *JAMA J Am Med Assoc*. American Medical Association 1991;265:1868.
13. Thibault-Prevost J, Jensen LA, Hodgins M. Critical care nurses' perceptions of DNR status. *J Nurs Scholarsh* 2000; 32(3): 259–65.
14. Loertscher L, Reed DA, Bannon MP, Mueller PS. Cardiopulmonary resuscitation and do-not-resuscitate orders: a guide for clinicians. *Am J Med* 2010; 123(1): 4–9.
15. Assarroudi A., Nabavi F. H., Ebadi A., Esmaily H. Do-not-resuscitate order: The experiences of Iranian cardiopulmonary resuscitation team members. *Indian Journal of Palliative Care* 2017; 23(1), 88–92.
16. Lin KH, Huang SC, Wang CH, Chau-Chung, Chu TS, Chen YY. Physician workload associated with do-not-resuscitate decision-making in Intensive Care Units: An observational study using Cox proportional hazards analysis. *BMC Med Ethics* 2019;20:15.
17. Monteiro NF, Simões I, Gaspar I, Carmo E. Do-not-resuscitate and treatment limitation decisions – Six years of experience from a Portuguese general Intensive Care Unit. *Rev Assoc Med Bras* (1992) 2019;65:1168–73.
18. Phua J, Joynt GM, Nishimura M, Deng Y, Myatra SN, Chan YH, et al. Withholding and withdrawal of life-sustaining treatments in Intensive Care Units in Asia. *JAMA Intern Med* 2015;175:363–71.
19. Connolly C, Miskolci O, Phelan D, Buggy DJ. End-of-life in the ICU: Moving from 'withdrawal of care' to a palliative care, patient-centred approach. *Br J Anaesth* 2016;117:143–5.
20. Kasule OHK. Outstanding ethico-legal-fiqhi issues. *J Taibah Univ Med Sci*. 2012;7(1):5–12.
21. Fields L. DNR does not mean no care. *J Neurosci Nurs* 2007;39(5):294–296.
22. Brauner DJ. Later than sooner: a proposal for ending the stigma of premature do-not-resuscitate orders. *J Am Geriatr Soc* 2011;59(12):2366–2368.
23. Vandembroucke JP, von Elm E, Altman DG, Gøtzsche PC, Mulrow CD, Pocock SJ, et al. Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (STROBE): Explanation and elaboration. *PLoS Med* 2007;4:e297.
24. Dunn MC. Attitudes of medical personnel toward do-not-resuscitate orders, [MS Dissertation]; California State University, Long Beach; 2000.
25. Hosaka T, Nagano H, Inomata C, et al. Nurses' perspectives concerning do-not-resuscitate (DNR) orders. *Tokai J Exp Clin Med* 1999;24(1):29–34.
26. Mogadasian S, Abdollahzadeh F, Rahmani A, Ferguson C, Pakanzad F, Pakpour V, Heidarzadeh H. The attitude of Iranian nurses about do not resuscitate orders. *Indian J Palliat Care* 2014 Jan;20(1):21–5.
27. Isagani Costales Canonizado, The Crafting of Researcher-Made Questionnaire, Updated date: Oct 3, 2021, Available on: <https://discover.hubpages.com/education/Validation-of-researcher-made-questionnaire>
28. Mohammadbeigi A, Mohammadsalehi N, Aligol M. Validity and Reliability of the Instruments and Types of Measurement in Health Applied Researches. *JRUMS* 2015; 13 (12) :1153-1170
29. Díaz-Oreiro, I.; López, G.; Quesada, L.; Guerrero, L.A. Standardized Questionnaires for User Experience Evaluation: A Systematic Literature

- Review. Proceedings 2019, 31, 14.
30. Ghajarzadeh M, Habibi R, Amini N, Norouzi-Javidan A, Emami-Razavi SH. Perspectives of Iranian medical students about do-not-resuscitate orders. *Maedica (Bucur)* 2013 Sep;8(3):261-4. PMID: 24371495; PMCID: PMC3869115.
 31. 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. *IJMEHM* 2013; 6 (5) :45-56
 32. Masod Falahi, Homayoon Bana Derakhshan, Fariba Borhani, Mohammad Amin Pourhoseingholi. The comparison of Iranian Physician and Nurses attitudes towards Do- Not- Resuscitate Orders, *Advances in Nursing & Midwifery* 2015; 25(89), 21.
 33. Fallahi M, Banaderakhshan H, Abdi A, Borhani F, Kaviannezhad R, Karimpour HA. The Iranian physicians attitude toward the do not resuscitate order. *J Multidiscip Healthc* 2016 Jun 29;9:279-84.
 34. Fayyazi Bordbar MR, Tavakkoli K, Nahidi M, Fayyazi Bordbar A. Investigating the Attitude of Healthcare Providers, Patients, and Their Families toward "Do Not Resuscitate" Orders in an Iranian Oncology Hospital. *Indian J Palliat Care* 2019 Jul-Sep;25(3):440-444.
 35. Shojaei M, Khoramegh F, Khoramkish M, Zarean V, Kalani N. Nurses' Attitude toward DNR Order: A Descriptive Cross-Sectional Study. *Journal of Education and Ethics in Nursing* 2017;5(4):1-8.
 36. Safari Malak-Kolaei, F., Sanagoo, A., Pahlavanzadeh, B., Akrami, F., Jouybari, L., Jahanshahi, R. The Relationship Between Death and Do Not Resuscitation Attitudes Among Intensive Care Nurses. *OMEGA - Journal of Death and Dying*. 2022; 85(4), 904–914.
 37. Naghshbandi S, Salmasi S, Parsian Z, Rahmani F. Attitude of nurses in intensive care units towards Do Not Resuscitate order. *J Anal Res Clin Med* 2019; 7(4): 122-8.
 38. Goodarzi A, Sadeghian E, Babaei K, Khodaveisi M. Knowledge, Attitude and Decision-making of Nurses in the Resuscitation Team towards Terminating Resuscitation and Do-not-Resuscitate Order. *Ethiop J Health Sci*. 2022 Mar;32(2):413-422.
 39. Mirhosseini S, Aghayan SS, Basirinezhad MH, Ebrahimi H. Health Care Providers' Attitudes Toward Do-Not-Resuscitate Order in COVID-19 Patients: An Ethical Dilemma in Iran. *Omega (Westport)*. 2022 Jan 18:302228211057992.
 40. Goniewicz MRP, Klukow J, Pawlikowski J, Sak J, Goniewicz K. DNR declaration—emergency medical system nurses' opinions. *Open Med*. 2013;8(1):69–74.
 41. Konishi E. Nurses' attitudes towards developing a do not resuscitate policy in Japan. *Nurs Ethics*. 1998;5(3):218–27.
 42. Thibault-Prevost J, Jensen LA, Hodgins M. Critical care nurses' perceptions of DNR status. *J Nurs Scholarsh*. 2000;32:259–65.
 43. Dignam C, Brown M, Thompson CH. Moving from "Do Not Resuscitate" Orders to Standardized Resuscitation Plans and Shared-Decision Making in Hospital Inpatients. *Gerontol Geriatr Med*. 2021 Mar 20;7:23337214211003431.
 44. Portanova J., Irvine K., Yi J. Y., Enguidanos S. It isn't like this on TV: Revisiting CPR survival rates depicted on popular TV shows. *Resuscitation* 2015; 96, 148–150.
 45. Mockford C., Fritz Z., George R., Court R., Grove A., Clarke B., et al. Do not attempt cardiopulmonary resuscitation (DNACPR) orders: A systematic review of the barriers and facilitators of decision-making and implementation. *Resuscitation* 2015; 88, 99–113.
 46. Sritharan G., Mills A. C., Levinson M. R., Gellie A. L. Doctors' attitudes regarding not for resuscitation orders. *Australian Health Review* 2017; 41(6), 680–687.
 47. Henry B. A reasoned argument for the demise of the "do not resuscitate" order. *Annals of Palliative Medicine* 2016; 5(4), 303–307.
 48. Sritharan G, Mills AC, Levinson MR, Gellie AL. Doctors' attitudes regarding not for resuscitation orders. *Aust Health Rev* 2017 Dec;41(6):680-687.
 49. Georgiou L., Georgiou A. A critical review of the factors leading to cardiopulmonary resuscitation as the default position of hospitalized patients in the USA regardless of severity of illness. *International Journal of Emergency Medicine* 2019; 12(1), 9.
 50. You JJ, Downar J, Fowler RA, Lamontagne F, Ma IW, Jayaraman D, et al. Canadian Researchers at the End of Life Network. Barriers to goals of care discussions with seriously ill hospitalized patients and their families: a multicenter survey of clinicians. *JAMA Intern Med* 2015 Apr;175(4):549-56.
 51. Lofmark R. Ethical aspect on decision making and communication among physician, nurses, patients and relatives Lund University. Doctoral Thesis, 2001.
 52. O'Hanlon S, O'Connor M, Peters C and O'Connor M (2013) Nurses' attitudes towards Do Not Attempt Resuscitation orders. *Clinical Nursing Studies*. 1(1) p43.
 53. Jezewski MASY, Miller C, Battista E. Consenting to DNR: critical care nurses' interactions with patients and family members. *Am J Crit Care* 1993;2(4):302–309.
 54. Saunders JM, Valente SM. Code/no code? The question that won't go away. *Nursing* 1986;16(13):60–64.
 55. Slater AL, Fassnacht-Hanrahan K, Slater H, Goldfarb IW. From hopeful to hopeless... when do we write; do not resuscitate, *Focus Crit Care* 1991;18(6):476–9.
 56. Amoudi AS, Albar MH, Bokhari AM, Yahya SH, Merdad AA. Perspectives of interns and residents toward do-not-resuscitate policies in Saudi Arabia. *Adv Med Educ Pract* 2016;7:165–170.
 57. Takroui MSM, Halwani TM. An Islamic medical and legal prospective of do not resuscitate order in critical care medicine. *Internet J Health*. 2008;7:1.
 58. Cardoso T, Fonseca T, Pereira S, et al. Life-sustaining treatment decisions in Portuguese intensive care units: a national survey of intensive care physicians. *Crit Care* 2003;7:R167–75.
 59. Al-Mobeireek AF. Physicians' attitudes towards 'do-not-resuscitate' orders for the elderly: a survey in Saudi Arabia. *Arch Gerontol Geriatr*. 2000;30:151–60.
 60. Hildén HM, Louhiala P, Palo J. End of life decisions: attitudes of Finnish physicians. *J Med Ethics* 2004;30:362–5.

The attitude of the medical staff regarding the do-not-resuscitate order: a review of studies conducted in Iran

Bibi Mona Razavi¹, Tayyebeh Zarei¹, Samira Zanbagh¹, Pourya Adibi¹
Majid Vatankhah^{2*}

Received: 2022/03/18

Revised: 2023/03/27

Accepted: 2023/04/04

1. Assistant Professor, Department of Anesthesiology, Anesthesiology , Critical Care and Pain Management Research Center, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran
2. Associated Professor, Department of Anesthesiology, Anesthesiology, Critical Care and Pain Management Research Center, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran

Journal of Education and Ethics in Nursing, Vol.11, No.3&4, Fall & Winter 2022

J Educ Ethics Nurs 2022;11(3&4):81-90

Abstract:

Introduction:

The treatment of patients in the last days of life has always been a challenge for the treatment staff, both doctors and nurses, and deciding on the continuation of treatment in these patients is one of the most basic needs of health professionals. This study was conducted with the aim of investigating the attitude of the medical staff regarding the do not resuscitate order in the studies conducted in Iran.

Materials and Methods:

This study is a systematic review. For the preliminary review of the studies carried out from the articles of the Persian language databases: SID, Iranmedex, Magiran and the English language databases Science Direct, Web of Science and Scopus and the search engines PubMed and Google Scholar without time limit and logical search for Farsi keywords of non-revival cardiopulmonary, do-not-resuscitate policies, do-not-resuscitate order, Iran, etc. and the English keywords cardiopulmonary do-not-resuscitate, do-not-resuscitate policy, iran, do-not-resuscitate order, DNR were used. The quality of the articles was evaluated using the STROBE standard checklist.

Results:

In the initial stage of searching for studies, 963 studies were reviewed. Then the researchers reviewed the searched articles and 952 studies were removed completely due to not being related to the topic under study and being repetitive and not having access to the article. Descriptive articles in Iran were selected in both Persian and English languages, and finally 11 studies were used to analyze and write the article. The articles were examined in three categories of evaluation of attitudes, tools and policies.

Conclusion:

Considering the existence of positive attitude in the studies, it is suggested to develop, integrate and standardize the attitude measurement tools and examine the role of other mediating variables on the attitude of the treatment staff towards the do not resuscitate order; It is necessary to properly analyze the ethical, jurisprudential, and legal considerations of this matter, and according to that, clear executive instructions should be provided to the treatment staff.

Keywords: No Cardiopulmonary Resuscitation, Nurses, Attitudes, Policies, Tools, Orders, Iran

* Corresponding author Email: hormozgan91@yahoo.com