

نگرش دانشجویان پرستاری دانشگاه‌های علوم پزشکی تبریز و کردستان

در مورد دستور عدم احیا

سیما مقدسیان^۱، فرحناز عبدالله‌زاده^۱، آزاد رحمانی^{۲*}، فرمیسک پاک‌نژاد^۳، حمید حیدرزاده^۳

مقاله‌ی پژوهشی

چکیده

دستور عدم احیا یکی از چالش‌های مهم در مراقبت‌های انتهای است. نگرش پرسنل درمانی به دستور عدم احیا می‌تواند در قانونی شدن این رویه نقش مهمی داشته باشد. هدف این مطالعه بررسی نگرش دانشجویان پرستاری دانشگاه‌های علوم پزشکی تبریز و کردستان در رابطه با دستور عدم احیا بود. ۱۸۶ دانشجوی سال سوم و چهارم پرستاری در دانشکده‌های پرستاری و مامایی تبریز و کردستان در این مطالعه شرکت کردند. جمع‌آوری داده‌ها با پرسشنامه‌ی نگرش به دستور عدم احیا انجام شد که شامل ۲۵ گویه است. نتایج این مطالعه نشان داد که در بیش‌تر گویه‌ها دانشجویان نگرش منفی به دستور عدم احیا داشتند؛ سوء برداشت‌های زیادی در مورد روش انجام این رویه داشتند و متمایل به کسب اطلاعات بیش‌تر در مورد جنبه‌های مختلف این رویه بودند. هم‌چنین، مشخص شد که دانشجویان در مورد اتانازی غیرفعال نیز نگرش منفی داشتند و اعتقاد داشتند که مسائل فرهنگی و مذهبی در دیدگاه آنان نسبت به دستور عدم احیا تأثیرگذار است. اگرچه نگرش دانشجویان پرستاری دو دانشگاه که دارای زمینه‌ی فرهنگی و مذهبی متفاوتی بودند در مورد تک‌تک گویه‌های پرسشنامه تفاوت معنی‌دار آماری نشان نداد ($P > 0/05$).

با توجه به کمبود آگاهی دانشجویان در مورد دستور عدم احیا پیشنهاد می‌شود در مورد جنبه‌های مختلف این دستور آموزش‌های لازم به آنان ارائه شود. با توجه به کمبود متون پژوهشی و محدودیت‌های این مطالعه انجام مطالعات بیش‌تری در این زمینه توصیه می‌شود.

واژگان کلیدی: دستور عدم احیا، احیای قلبی-ریوی، دانشجویان پرستاری، اخلاق پزشکی

^۱ مربی، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

^۲ استادیار، مرکز تحقیقات هماتولوژی و انکولوژی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

^۳ دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

* نشانی: آذربایجان شرقی، تبریز، انتهای خیابان شریعتی جنوبی، روبروی بنیاد شهید، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه داخلی جراحی،

تلفن: ۰۴۱۱۴۷۹۶۷۰، Email: azad.rahmani@yahoo.com

مقدمه

امروزه، با افزایش کیفیت مراقبت‌های درمانی و ارتقای سطح رفاه جامعه، روز به روز بر تعداد بیمارانی که در مراحل انتهایی بیماری‌های مزمن قرار دارند افزوده می‌شود. مراقبت از بیماران در مراحل انتهایی بیماری‌های مزمن چالش‌های زیادی به دنبال دارد که یکی از این چالش‌ها انجام یا عدم انجام احیا قلبی-ریوی در این بیماران است (۱، ۲). می‌توان احیا قلبی-ریوی را ماساژ قفسه‌ی سینه در موارد ایست قلبی یا تنفسی دانست که معمولاً در ترکیب با تنفس مصنوعی، دفیبریلاسیون و تزریق برخی داروها انجام می‌شود (۳). احیای قلبی-ریوی یک رویه‌ی بسیار مهم و خاص در علم پزشکی است زیرا بدون شروع آن مرگ قربانی غیرقابل اجتناب است و همچنین، این رویه معمولاً در غیاب اعضای خانواده‌ی بیماران و خود بیماران صورت می‌گیرد (۴). اگرچه احیای قلبی-ریوی می‌تواند باعث برگرداندن حیات به برخی بیماران شود اما در نهایت، این وضعیت فیزیکی و پیش‌آگهی بیماران است که بیش‌ترین نقش را در تعیین مؤثر بودن احیا دارد (۵). در این راستا، به دلیل مؤثر نبودن احیای قلبی-ریوی در بسیاری از موارد و ایجاد هزینه‌های مادی و انسانی زیاد به دنبال احیای ناموفق (۶، ۷) بود که در حدود نیم‌قرن پیش دستور عدم احیا^۱ به متون پزشکی راه یافت و اولین دستورالعمل‌ها برای دستور عدم احیا انتشار یافت (۸، ۳). بر اساس دستورالعمل‌های موجود، می‌توان دستور عدم احیا را عدم شروع احیای قلبی-ریوی در حضور ایست قلبی یا تنفسی دانست (۹). این رویه زمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد که پیش‌آگهی بیمار بسیار ضعیف است (۳).

پس از گذشت نیم قرن، دستور عدم احیا در بسیاری از کشورهای اروپای مرکزی و غربی و آمریکای شمالی مورد استقبال قرار گرفته است و بسیاری از مراکز درمانی در این

¹ Do not resuscitate order

کشورها سیاست‌های مشخصی برای دستور عدم احیا تدوین کرده‌اند (۱۰). مطالعاتی که در سالیان اخیر در میان پرسنل درمانی در کشورهای آمریکا (۱۱)، فنلاند (۱)، سوئد و آلمان (۱۲) صورت گرفته است نشان می‌دهد که علی‌رغم وجود برخی تفاوت‌ها، این پرسنل نگرش نسبتاً مثبتی به دستور عدم احیا دارند.

یکی از عوامل تعیین‌کننده‌ی دیدگاه جامعه در مورد چالش‌های اخلاقی، از جمله دستور عدم احیا، مسائل فرهنگی و مذهبی حاکم بر جامعه است (۱۳). در این رابطه، اگرچه شباهت‌هایی بین کشورهای غربی و کشورهای اسلامی از نظر نگاه به چالش‌های اخلاقی مرتبط با مراقبت‌های انتهایی وجود دارد اما تفاوت‌های زیاد و اجتناب‌ناپذیری نیز بین آن‌ها حاکم است (۱۴، ۱۵). دین اسلام زندگی انسان‌ها را مقدس شمرده و آن را متعلق به خداوند متعال می‌داند. بر اساس تعالیم اسلامی مرگ امری اجتناب‌ناپذیر است و همه‌ی مخلوقات روزی خواهند مرد (۱۶). در واقع، دین اسلام مرگ را یک مرحله از تکامل انسان‌ها دانسته و آن را جزئی جدایی‌ناپذیر از زندگی همه‌ی مخلوقات محسوب می‌کند (۱۷). در زمینه‌ی جایگاه دستور عدم احیا در متون اسلامی Sarhill و همکاران بیان می‌دارند که بررسی متون اسلامی نشان می‌دهد که دستور عدم احیا مغایرتی با اصول شرع مقدس اسلام ندارد (۱۶). در این راستا، زاهدی و همکاران و Albar بیان می‌کنند که بر اساس متون اسلامی اگر انجام یک رویه‌ی درمانی غیرمفید و غیرمؤثر است و تأثیری بر درمان یا افزایش طول عمر نداشته است دلیلی برای انجام آن وجود ندارد (۱۸، ۱۷). از سوی دیگر، پیمانی و همکاران در تکمیل این نظرات بیان داشته‌اند که از دیدگاه اسلام ارزش زندگی انسان به حدی است که حتی خود بیماران و اعضای خانواده نیز نمی‌توانند در مورد آن تصمیم بگیرند و حتی ثابتهای زندگی انسان نیز دارای ارزشی بی‌حد و حساب است. آن‌ها هم‌چنین اعتقاد دارند که

نشد که دیدگاه پرستاران مسلمان در مورد دستور عدم احیا را بررسی کرده باشد. علاوه بر این، در مرور وسیع متون داخلی و خارجی هیچ مطالعه‌ای یافت نشد که نگرش دانشجویان پرستاری در مورد دستور عدم احیا را بررسی کرده باشد. از طرفی، دوران دانشجویی نقش بسیار مهمی در تکامل اخلاقی دانشجویان پرستاری و نگرش آنان به موضوعات اخلاقی، از جمله دستور عدم احیاء، دارد. بنابراین، با توجه به موارد ذکر شده این مطالعه با هدف بررسی نگرش دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تبریز و کردستان در رابطه با دستور عدم احیا انجام شد.

روش کار

این مطالعه دارای طرح توصیفی - تحلیلی است که در دانشکده‌های پرستاری و مامایی تبریز و کردستان انجام گرفت. دلیل انتخاب این دو دانشکده ایجاد تنوع فرهنگی و مذهبی در جامعه‌ی پژوهشی بود. معیارهای ورودی جامعه شامل اشتغال به تحصیل در رشته‌ی پرستاری در سال سوم و چهارم در دانشکده‌های مذکور بود. لازم به ذکر است که تمامی دانشجویان دانشکده‌ی پرستاری و مامایی تبریز که در مطالعه شرکت کردند آذری و اهل تشیع بودند و تمامی دانشجویان پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی کردستان کرد و اهل سنت بودند. در این مطالعه حجم نمونه پس از مطالعه‌ی مقدماتی بر روی ۲۵ دانشجوی پرستاری برابر ۱۹۵ نفر محاسبه شد و به دلیل این که تمامی جامعه‌ی مورد مطالعه ۲۰۸ دانشجو بودند از تمامی آن‌ها برای شرکت در مطالعه دعوت شد. در نهایت، داده‌های ۱۸۶ دانشجو جمع‌آوری شد.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه متشکل از دو قسمت بود. قسمت اول برخی مشخصات فردی - اجتماعی و آموزشی دانشجویان را مورد بررسی قرار می‌داد. قسمت دوم پرسشنامه نگرش به عدم احیا^۱ بود که در سال ۲۰۰۰ توسط Dunn ابداع شده است (۳۰). این ابزار دارای ۲۵ گویه است

در اسلام خاتمه‌ی زندگی انسان‌ها برای رهایی از درد و رنج یا صرفه‌جویی در منابع مادی به‌هیچ عنوان قابل توجیه نیست (۱۹). در مرور وسیع متون، مطالعات اندکی وجود دارند که اعتقادات مسلمانان را در مورد مفاهیم مرتبط با مراقبت‌های انتهایی و چالش‌های مرتبط با آن‌ها بررسی کرده باشند (۲۱، ۲۰). از طرفی، Saiyad در سال ۲۰۰۹ بیان کرده است که حتی در متون دینی نیز دستورالعمل واضحی برای دستور عدم احیا وجود ندارد (۲۲).

یکی از گروه‌هایی که نگرش آنان نقش مهمی در تعیین نگرش جامعه به چالش‌های اخلاقی مرتبط با علوم پزشکی دارد پرسنل درمانی هستند. نتایج مطالعاتی که در برخی کشورهای اسلامی صورت گرفته است نشان‌دهنده‌ی تفاوت نگرش نسبت به دستور عدم احیا در بین پرسنل درمانی شاغل در کشورهای اسلامی و وجود سوءبرداشت‌های زیاد به این دستور بوده است (۲۵-۲۳). لازم به ذکر است که تمامی این مطالعات در کشورهای دارای مذهب اهل سنت صورت گرفته و کم‌تر دیدگاه مسلمانان اهل تشیع در این زمینه مورد بررسی قرار گرفته است. اگرچه شباهت‌های زیادی بین مکاتب مختلف دین اسلام از نظر توجه به موضوعات مرتبط با مرگ و مردن وجود دارد (۱۶) ولی در هر صورت بررسی دیدگاه مسلمانان اهل تشیع نیز در این زمینه لازم به نظر می‌رسد.

بیماران، اعضای خانواده‌ی آنان و پرسنل درمانی از جمله افرادی هستند که بیش‌ترین نقش را در بحث و تصمیم‌گیری برای دستور عدم احیا دارند (۹). در همین راستا، نقش پرستاران نیز به دلیل تماس مداوم با بیماران و اعضای خانواده‌ی آنان بسیار مهم است (۲۶). در برخی مطالعات، نگرش پرستاران شاغل در مراکز بهداشتی - درمانی کشورهای غربی (۲۷، ۲۶) و کشورهای جنوب شرقی آسیا (۲۹، ۲۸) در مورد دستور عدم احیا بررسی شده است. با این وجود، در مرور وسیع متون که توسط محققان انجام شد مطالعه‌ای یافت

¹ Attitudes on DNR

و نگرش پرسنل درمانی در مورد دستور عدم احیا (۸ گویه)، روش اجرای رویه‌ی عدم احیا (۱۲ گویه)، نگرش به برخی جنبه‌های اتانازی غیرفعال (۳ گویه) و تأثیر عوامل مذهبی و فرهنگی (۲ گویه) بر 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 دارد 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. لازم به ذکر است که در این مطالعه نیز پاسخ به هر گویه بر روی دامنه‌ی ۱ تا ۵ گزارش می‌شود. نمره‌ی بالاتر به هر گویه نشان‌دهنده‌ی نگرش مثبت‌تر به آن گویه است. در این مطالعه جهت استفاده از پرسشنامه‌ی فوق ابتدا نسخه‌ی انگلیسی پرسشنامه توسط یک کارشناس زبان و ادبیات انگلیسی به زبان فارسی برگردانده شد. سپس، روایی صوری و محتوای پرسشنامه‌ی ترجمه‌شده توسط ۱۵ نفر از اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز در رشته‌های معارف، اخلاق پزشکی و پرستاری تعیین شد. پس از دریافت نظرات این متخصصان تغییرات لازم در پرسشنامه‌ی ترجمه شده اعمال شد. سپس، پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ و پس از مطالعه‌ی راهنما بر روی ۳۰ دانشجوی پرستاری برابر ۰/۸۴ محاسبه شد.

جهت انجام مطالعه ابتدا طرح پژوهشی به تأیید کمیته‌ی منطقه‌ای اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی تبریز رسید. سپس، اسامی دانشجویان پرستاری سال سوم و چهارم دانشکده‌های پرستاری و مامایی تبریز و کردستان از معاونت آموزشی دانشکده‌های مذکور کسب شد. در ادامه، با این دانشجویان در محیط‌های کلاسی یا بالینی تماس برقرار می‌شد و پس از اطمینان از این‌که دانشجویان واجد معیارهای مطالعه هستند در مورد اهداف مطالعه و حقوق آن‌ها توضیحاتی

شفاهی به تمامی دانشجویان ارائه شد. سپس، پرسشنامه‌ی مطالعه در اختیار دانشجویان قرار داده شد تا تکمیل کنند. براساس دستورالعمل کمیته‌ی اخلاق، تکمیل پرسشنامه به معنای رضایت ضمنی دانشجویان برای شرکت در مطالعه در نظر گرفته شد. با توجه به کوتاه‌بودن پرسشنامه از تمامی دانشجویان خواسته شد تا در کلاس درس یا محیط بالینی پرسشنامه را تکمیل کنند. لازم به ذکر است که به تمامی دانشجویان توضیح داده می‌شد که در صورت عدم تمایل می‌توانند پرسشنامه را خالی تحویل دهند و هیچ نیازی به نوشتن ویژگی‌های مشخص‌کننده‌ی آنان، مانند نام و نام‌خانوادگی یا شماره‌ی دانشجویی، وجود ندارد. با این روش، سعی شد تا داده‌های اکثر دانشجویان جمع‌آوری شود. در دانشکده‌ی پرستاری و مامایی تبریز ۹۸ پرسشنامه توزیع شد و در نهایت، داده‌های ۸۶ دانشجو جمع‌آوری شد (ضریب مشارکت = ۹۰ درصد). در دانشکده‌ی پرستاری و مامایی کردستان نیز ۱۱۰ پرسشنامه توزیع شد که در نهایت داده‌های ۱۰۰ دانشجو جمع‌آوری شد (ضریب مشارکت = ۹۱ درصد). لازم به ذکر است برخی پرسشنامه‌ها به علت ناقص بودن از مطالعه خارج شدند.

جهت تجزیه و تحلیل آماری یافته‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS ویرایش ۱۶ استفاده شد. جهت توصیف مشخصات فردی-اجتماعی و آموزشی دانشجویان پرستاری و نگرش آن‌ها به گویه‌های پرسشنامه نگرش به عدم احیا از آمار توصیفی شامل تعداد، درصد، میانگین و انحراف معیار استفاده شد. همچنین، مقایسه‌ی پاسخ دانشجویان دانشگاه‌های علوم پزشکی تبریز و کردستان به تک‌تک گویه‌های پرسشنامه‌ی نگرش به عدم احیا با استفاده از آزمون t با نمونه‌های مستقل انجام شد. سطح معنی‌داری کم‌تر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

درصد)، مشغول به تحصیل در ترم هفتم (۲۸/۲ درصد) و مشغول به تحصیل در دانشگاه علوم پزشکی کردستان (۵۳/۸ درصد) بودند. میانگین و انحراف معیار پاسخ دانشجویان شرکت‌کننده در مطالعه به تک تک گویه‌های پرسشنامه نگرش به عدم احیا در جدول شماره ۲ آمده است.

برخی مشخصات فردی - اجتماعی و آموزشی دانشجویان شرکت‌کننده در مطالعه در جدول شماره ۱ آمده است. همان‌گونه که در این جدول دیده می‌شود بیش‌تر دانشجویان شرکت‌کننده در پژوهش مجرد (۸۸/۷ درصد)، دختر (۶۰/۸

جدول شماره ۱ - برخی مشخصات فردی - اجتماعی و آموزشی دانشجویان پرستاری

مشخصه	گروه‌ها	تعداد	درصد
جنس	مذکر	۷۳	۳۹/۲
	مونث	۱۱۳	۶۰/۸
وضعیت تاهل	مجرد	۱۶۵	۸۸/۷
	متاهل	۲۱	۱۱/۳
ترم تحصیلی ^x	پنجم	۴۷	۲۵/۴
	ششم	۴۸	۲۵/۹
	هفتم	۵۲	۲۸/۲
	هشتم	۳۸	۲۰/۵
دانشگاه محل تحصیل	علوم پزشکی تبریز	۸۶	۴۶/۲
	علوم پزشکی کردستان	۱۰۰	۵۳/۸
سن به سال (انحراف معیار ± میانگین)		۲۲/۰۰ ± ۲/۱۳	
معدل دیپلم (انحراف معیار ± میانگین)		۱۷/۱۵ ± ۱/۴۴	
معدل دانشگاهی (انحراف معیار ± میانگین)		۱۶/۲۶ ± ۱/۱۴	

x در این مورد برخی دانشجویان جواب نداده‌اند.

جدول شماره ۲ - مقایسه پاسخ دانشجویان پرستاری دانشکده‌های پرستاری و مامایی تبریز و کردستان به گویه‌های پرسشنامه

شماره	گویه	نمره کلی	تبریز	کردستان	شاخص آماری
		انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	P
۱	DNR [#] به روشن شدن طرح درمانی بیماران انتهایی کمک می‌کند.	۳/۲۳ ± ۱/۱۰	۳/۲۵ ± ۰/۹۰	۳/۲۲ ± ۱/۲۵	۰/۸۲
۲	کیفیت مراقبتی بیماران با DNR و بدون آن یکسان است.	۲/۶۲ ± ۱/۱۶	۲/۶۱ ± ۱/۰۶	۲/۶۳ ± ۱/۲۴	۰/۹۳
۳	مشاوره با بیمار و خانواده‌ی او درباره‌ی DNR سخت است.	۳/۸۱ ± ۱/۰۹	۳/۸۴ ± ۱/۰۱	۳/۷۹ ± ۱/۱۷	۰/۷۱
۴	بیمار در مراحل پایانی باید تا حد امکان زنده بماند.	۳/۷۶ ± ۱/۲۰	۳/۶۵ ± ۱/۱۷	۳/۸۷ ± ۱/۲۱	۰/۲۱
۵	تداوم زندگی به هر صورت هدف نهایی تیم پزشکی است.	۳/۴۹ ± ۱/۳۲	۳/۳۹ ± ۱/۲۹	۳/۵۸ ± ۱/۳۴	۰/۳۴
۶	نباید از بیمار و خانواده‌ی او در خصوص DNR سؤال شود.	۲/۸۶ ± ۱/۳۵	۲/۶۶ ± ۱/۱۹	۳/۰۴ ± ۱/۴۵	۰/۰۵
۷	DNR بیمار را از درد و رنج بیهوده محافظت می‌کند.	۳/۲۵ ± ۱/۱۰	۳/۳۸ ± ۱/۰۱	۳/۱۴ ± ۱/۱۶	۰/۱۳
۸	مسئولیت تصمیم‌گیری DNR بر عهده‌ی پزشکان است.	۳/۳۰ ± ۱/۳۵	۳/۱۸ ± ۱/۳۳	۳/۴۰ ± ۱/۳۰	۰/۲۸

۰/۴۲	۳/۸۷ ± ۱/۱۸	۳/۰۱ ± ۱/۲۰	۳/۶۳ ± ۱/۲۱	۹	DNR باید در بیماران با آسیب مغزی دائم انجام شود.
۰/۱۰	۳/۷۷ ± ۱/۲۲	۳/۴۷ ± ۱/۱۸	۳/۴۹ ± ۱/۳۲	۱۰	بیمار و خانواده‌ی او در تصمیم‌گیری DNR دخیل هستند.
۰/۷۹	۲/۵۱ ± ۱/۲۹	۲/۵۵ ± ۱/۱۹	۲/۵۳ ± ۱/۲۴	۱۱	طولانی شدن زندگی بیماران مسن و بد حال بیهوده است.
۰/۱۶	۳/۹۵ ± ۰/۹۶	۳/۷۴ ± ۱/۰۴	۳/۸۵ ± ۱/۰۰	۱۲	سخت است که با بیمار درباره‌ی مرگ صحبت کنم.
۰/۰۵	۳/۵۲ ± ۱/۳۲	۳/۱۱ ± ۱/۳۶	۳/۳۳ ± ۱/۳۵	۱۳	تیم پزشکی باید در زمان مرگ قطعی نیز به بیماران امید بدهد.
۰/۶۲	۳/۷۱ ± ۰/۹۹	۳/۶۳ ± ۰/۹۸	۳/۶۷ ± ۰/۹۸	۱۴	نمی‌توانم اجباری شدن دستورات DNR را بپذیرم.
۰/۰۹	۳/۱۵ ± ۱/۰۷	۲/۸۹ ± ۰/۹۹	۳/۰۳ ± ۱/۰۴	۱۵	باید از نظرات مسؤولان درباره‌ی DNR پیروی کنم.
۰/۴۰	۳/۰۳ ± ۱/۱۴	۳/۱۶ ± ۰/۹۹	۳/۰۹ ± ۱/۰۷	۱۶	تجهیزات طولانی‌کننده‌ی زندگی، مرگ طبیعی را مختل کرده‌اند.
۰/۰۵	۳/۳۹ ± ۱/۲۹	۳/۷۴ ± ۰/۹۹	۳/۵۵ ± ۱/۱۷	۱۷	مسائل مادی نگه‌داری بیماران صعب‌العلاج را مشکل می‌کند.
۰/۱۰	۳/۶۱ ± ۱/۱۰	۳/۸۶ ± ۰/۹۳	۳/۷۲ ± ۱/۰۳	۱۸	نگرانم خانواده‌ی بیماران در صورت DNR شکایت کنند.
۰/۷۹	۴/۳۳ ± ۰/۸۴	۴/۳۶ ± ۰/۷۰	۴/۳۴ ± ۰/۷۷	۱۹	می‌خواهم شناختی بهتر از پیامد قانونی DNR داشته باشم.
۰/۴۷	۳/۷۹ ± ۱/۱۷	۴/۴۱ ± ۰/۶۵	۳/۳۷ ± ۰/۸۳	۲۰	می‌خواهم درباره‌ی دستورات پیشرفته DNR بیش‌تر بدانم.
۰/۵۱	۴/۳۹ ± ۰/۸۲	۴/۴۶ ± ۰/۷۳	۴/۴۲ ± ۰/۷۸	۲۱	می‌خواهم که درباره‌ی حقوق بیماران در DNR بیش‌تر بدانم.
۰/۵۰	۴/۰۴ ± ۱/۲۷	۳/۹۱ ± ۱/۲۰	۳/۹۸ ± ۱/۲۴	۲۲	نمی‌خواهم DNR در مورد عزیزانم اجرا شود.
۰/۱۷	۳/۸۴ ± ۱/۱۳	۳/۶۰ ± ۱/۲۰	۳/۷۳ ± ۱/۱۶	۲۳	اعتقادات مذهبی روی دیدگاهم به DNR تأثیر دارد.
۰/۲۶	۳/۶۴ ± ۱/۰۸	۳/۴۶ ± ۱/۰۳	۳/۵۵ ± ۱/۰۶	۲۴	فرهنگ من را در برخورد با DNR با مشکل مواجه می‌سازد.
۰/۸۱	۴/۲۳ ± ۰/۹۶	۴/۱۹ ± ۰/۹۰	۴/۲۱ ± ۰/۹۳	۲۵	بیمار و خانواده‌ی او باید اجازه در خصوص DNR بدهند.

DNR (Do not resuscitate order)

رویه ندارند (گویه‌های ۲، ۳، ۶، ۹، ۱۰، ۱۴، ۱۵، ۱۸، ۲۵). مجبور دانستن خود به اجرای نظرات مسؤولین، لزوم سؤال پرسیدن و کسب اجازه از بیمار و خانواده‌ی وی در مورد دستور عدم احیاء، ترس از عواقب قانونی اجرای دستور عدم احیاء، لزوم اجرای دستور عدم احیا در مورد بیماران دارای آسیب مغزی دائمی و وجود تفاوت در کیفیت مراقبت از بیماران دارای دستور عدم احیا نشان‌دهنده‌ی ناآگاهی دانشجویان در زمینه‌ی برخی جنبه‌های اجرای دستور عدم احیا بود. از طرفی، در سه گویه نیز (گویه‌های ۱۹، ۲۰، ۲۱) دانشجویان گزارش کردند که تمایل به کسب اطلاعات بیش‌تر در مورد جنبه‌های مختلف دستور عدم احیا دارند.

در رابطه با نگرش نسبت به برخی جنبه‌های اتانازی غیرفعال (گویه‌های ۱۱، ۱۶ و ۱۷) نتایج نشان داد که دانشجویان مخالف این بودند که طولانی شدن زندگی بیماران مسن بیهوده است یا مسائل مادی نگه‌داری بیماران

در رابطه با نگرش نسبت به دستور عدم احیا نتایج نشان داد که در برخی گویه‌ها دانشجویان نگرش منفی نسبت به دستور عدم احیا داشتند (گویه‌های ۴، ۵، ۸، ۱۲، ۱۳، ۲۲). آنان اعتقاد داشتند بیماران انتهایی باید تا حد امکان زنده بمانند و تداوم حیات و امیدبخشی به این بیماران باید هدف نهایی اعضای تیم درمانی باشد. همچنین، دانشجویان اعتقاد داشتند که صحبت با بیماران در مورد مرگ دشوار است؛ آنان تمایل ندارند این رویه در مورد عزیزان آنان اجرا شود و این‌که باید تصمیم‌گیری در این زمینه را به فرد دیگر (پزشک در این گویه) واگذار کرد. البته در دو گویه (گویه‌های ۱ و ۷) نیز دانشجویان گزارش کردند که دستور عدم احیا می‌تواند بیماران را از درد و رنج بیهوده حفظ کند و این رویه به روشن شدن طرح درمانی بیماران انتهایی کمک می‌کند.

در رابطه با دیدگاه در مورد روش اجرای دستور عدم احیا نتایج نشان داد که دانشجویان اطلاع صحیحی در مورد این

پزشکی در سایر کشورها در مورد دستور عدم احیا مورد بررسی قرار گرفته است. برای مثال، در مطالعه‌ای، در سال ۲۰۰۷، در هنگ‌کنگ مشخص شد که نیمی از دانشجویان پزشکی نگرش مناسبی به دستور عدم احیا ندارند اگرچه نگرش آنان نسبت به دانشجویان سایر رشته‌های غیرعلوم پزشکی مثبت‌تر بود. همچنین، ۷۴ درصد این دانشجویان خود بیماران را مهم‌ترین فرد تصمیم‌گیرنده در تصمیم‌گیری برای دستور عدم احیا می‌دانستند (۳۳). یافته‌های مطالعه‌ای دیگر، در سال ۱۹۹۸، نیز نشان داد که دانشجویان گروه پزشکی نسبت به دانشجویان رشته‌های غیرپزشکی نگرش مثبت‌تری به دستور عدم احیا دارند (۳۴). در کل، باید گفت که مطالعه‌ی حاضر به‌عنوان اولین مطالعه‌ای که نگرش دانشجویان پرستاری ایرانی در مورد دستور عدم احیا را بررسی کرده است نشان داد که دانشجویان پرستاری ایرانی در زمینه‌ی دستور عدم احیا نگرش مثبتی ندارند.

یکی از یافته‌های مهم این مطالعه این بود که بسیاری از دانشجویان پرستاری شرکت‌کننده در مطالعه دیدگاه مناسبی در مورد روش اجرای دستور عدم احیا نداشتند و جالب این‌که خود نیز به این مسأله واقف بوده و خواستار کسب اطلاعات بیشتر در زمینه‌ی جنبه‌های مختلف دستور عدم احیا بودند. اگرچه در زمینه‌ی آگاهی به قوانین و مقررات مرتبط با دستور عدم احیا مطالعه‌ای در ایران انجام نشده است، مطالعه‌ی ضرغامی و همکاران نشان داد که ۸۶ درصد اترن‌ها و رزیدنت‌های سه دانشگاه علوم پزشکی کشور اطلاعات کمی در مورد اتانازی داشتند و ۱۴ درصد نیز هیچ اطلاعاتی در این زمینه نداشتند (۳۵). در همین راستا، مطالعه‌ای در سنگاپور نشان داد که بیش از نیمی از پزشکان و پرستاران اطلاعاتی از شرایط بالینی که بتواند دلیلی برای اجرای دستور عدم احیا باشد، نداشتند (۲۵). به‌طرح مشابهی در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۷ در هنگ‌کنگ انجام شد مشخص شد که ۶۶ درصد دانشجویان پزشکی و ۱۹ درصد دانشجویان رشته‌های

صعب‌العلاج را دشوار کرده است. دو گویه (گویه‌های ۲۳ و ۲۴) نیز نقش عوامل فرهنگی و مذهبی بر نگرش به دستور عدم احیا را بررسی می‌کردند که در هر دو گویه دانشجویان گزارش کردند که عوامل فرهنگی و مذهبی را در دیدگاه خود نسبت به دستور عدم احیا مؤثر می‌دانند.

یک هدف مهم در این مطالعه بررسی مقایسه‌ای تفاوت نگرش دانشجویان پرستاری دانشکده‌های پرستاری و مامایی تبریز و کردستان در مورد دستور عدم احیا بود. در این مورد هیچ تفاوت آماری معنی‌داری در تک‌تک گویه‌های پرسشنامه‌ی نگرش به عدم احیا بین دانشجویان پرستاری دو دانشکده مشاهده نشد (جدول شماره‌ی ۲).

بحث

این پژوهش اولین مطالعه‌ای است که به بررسی نگرش دانشجویان پرستاری ایرانی در زمینه‌ی دستور عدم احیا می‌پردازد و به ویژه این نگرش را با توجه به زمینه فرهنگی و مذهبی دانشجویان مورد بررسی قرار می‌دهد.

نتایج این مطالعه نشان داد که در اغلب گویه‌ها دانشجویان پرستاری شرکت‌کننده در مطالعه نگرش منفی به دستور عدم احیا داشتند. در مرور وسیع متون مطالعه‌ای یافت نشد که به بررسی نگرش دانشجویان پرستاری در رابطه با دستور عدم احیا پرداخته باشد. البته در بررسی متون مقالاتی یافت شد که نگرش پرسنل درمانی، اعم از پزشک و پرستار، یا دانشجویان پزشکی یا دانشجویان سایر رشته‌های تحصیلی در زمینه‌ی دستور عدم احیا را بررسی کرده بودند. در مطالعه‌ای در فنلاند مشخص شد که ۷۰ درصد پرستاران نگرش مثبتی به دستور عدم احیا داشتند و دیدگاه آنان به‌صورت معنی‌داری مثبت‌تر از دیدگاه پزشکان در این زمینه بود (۳۱). نتایج مطالعه‌ای در ایالات متحده نیز نشان داد که در ۹۷ درصد موارد پزشکان و پرستاران در مورد اتخاذ دستور عدم احیا برای بیماران توافق دارند ولی پزشکان بیش‌تر به استفاده از این دستور تمایل دارند (۳۲). در برخی مطالعات نیز نگرش دانشجویان علوم

مطالعه‌ای که توسط رستگاری نجف‌آبادی و همکاران انجام شد نگرش پرستاران بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران در زمینه‌ی اتانازی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج این مطالعه نیز نشان داد که درصد زیادی از پرستاران موافق اتانازی بودند و به‌ویژه این موافقت در مورد اتانازی غیرفعال بیش‌تر بود (۴۰). پس به‌نظر می‌رسد که در کل بیش از نیمی از پرسنل درمانی ایرانی، شامل پزشکان، پرستاران و دانشجویان پزشکی، با اتانازی غیرفعال موافق هستند. به‌نظر می‌رسد که باز امکان دارد که چنین نگرشی تحت تأثیر نگرش کلی به دستور عدم احیا قرار گرفته باشد.

باید توجه داشت که تفات‌های مهمی بین اتانازی و دستور عدم احیا از نظر شرع مقدس اسلام وجود دارد. در حالی‌که بر طبق نظر تک‌رویی و حلوانی هم‌هی مکاتب دین مقدس اسلام تمامی انواع اتانازی را غیرشرعی اعلام کرده‌اند و انجام آن‌ها را به‌شدت ممنوع می‌کنند (۲۱) ولی بر طبق نظر Saiyad بررسی متون دینی نشان می‌دهد که علی‌رغم نبودن دستورالعملی برای دستور عدم احیا این دستور مغایرتی با اصول اساسی دین اسلام نیز ندارد (۲۲). زاهدی و لاریجانی نیز بیان می‌دارند که بر اساس قوانین اسلامی پرسنل درمانی باید برای جلوگیری از مرگ زودرس بیماران هر اقدام ممکن را انجام دهند. بنابراین، این پرسنل تا زمانی که از مرگ بیماران خود مطمئن نشده باشند نباید اقدامات محافظت‌کننده‌ی زندگی را قطع کنند (۲). در راستای تکمیل این نظرات، Albar بیان می‌دارد که باید توجه داشت که بر طبق همین قوانین اسلامی انجام اقدامی که بی‌فایده است و منجر به تغییری در شرایط بیماران نشود توضیح نمی‌شود (۱۸). در واقع، در این طرز تفکر این دیدگاه وجود دارد که عدم انجام رویه‌های درمانی بی‌فایده و قطع برخی حمایت‌ها نوعی اجازه دادن به این است که بیماران روند طبیعی مرگ را طی کنند (۲). بنابراین، این نکته که دانشجویان پرستاری با دستور عدم احیا که براساس متون زیادی مغایرتی اساسی با

دیگر با دستور عدم احیا آشنایی نداشتند (۳۳). باید توجه داشت که عدم برخورداری از دانش کافی پرسنل درمانی در زمینه‌ی دستور عدم احیا مختص کشورهای غیرغربی نبوده و در مطالعاتی در انگلیس (۳۶) و سوئیس (۳۷) نیز گزارش شده است. در کل، باید توجه داشت که چنین سو‌برداشت‌هایی در مورد دستور عدم احیا می‌تواند منجر به نگرش منفی در دانشجویان پرستاری نسبت به دستور عدم احیا شده باشد. آنچه از مجموع بیانیه‌های این قسمت برمی‌آید این است که دانشجویان احساس می‌کنند که دستور عدم احیا بدون توجه به خواست و نظر بیماران و اعضای خانواده‌ی آنان انجام خواهد شد و این می‌تواند خود زمینه‌ساز نگرش منفی آنان به دستور عدم احیا باشد.

یکی دیگر از یافته‌های این مطالعه مخالفت دانشجویان پرستاری با برخی جنبه‌های اتانازی غیرفعال بود که در گویه‌هایی از پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفت. اگرچه در مطالعات قبلی در ایران نگرش دانشجویان پرستاری به انواع روش‌های اتانازی بررسی نشده است، نگرش پرستاران و پزشکان و حتی دانشجویان پزشکی در این زمینه بررسی شده است. در مطالعه‌ای که در سال ۱۳۸۸ توسط طاوسیان و همکاران انجام شد نگرش انترن‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران در مورد اتانازی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج این مطالعه نشان داد که ۴۶ درصد انترن‌ها با اتانازی موافق بودند. این موافقت در مورد اتانازی داوطلبانه‌ی غیرفعال بیش‌تر بود (۳۸). در مطالعه‌ای که در سال ۱۳۹۰ توسط کجویی و همکاران انجام شد دیدگاه دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی قم در زمینه‌ی اتانازی مورد بررسی قرار گرفت و نشان داد که حدود ۵۰ درصد دانشجویان پزشکی موافق اتانازی به‌ویژه نوع غیرفعال آن بودند (۳۹). این نتایج توسط مطالعه‌ی ضرغامی و همکاران نیز تأیید می‌شود که نشان دادند حدود نیمی از انترن‌ها و رزیدنت‌های سه دانشگاه علوم پزشکی کشور با اتانازی موافق بودند (۳۵). در این زمینه در

پرستاری ناشی از سوء درک آن‌ها به دستور عدم احیا باشد. اگرچه پرسشنامه‌ی مورد استفاده در این مطالعه در متون قبلی استفاده شده است ولی به نظر پوشش‌دهنده‌ی تمامی ابعاد نگرش دانشجویان نیست. بنابراین، توصیه می‌شود در مطالعاتی دانش دانشجویان پرستاری در مورد دستور عدم احیا نیز بررسی شود و سعی شود ابزار کامل‌تری برای سنجش نگرش پرسنل درمانی به دستور عدم احیا ابداع شود.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان‌دهنده‌ی این بود که دانشجویان پرستاری مورد بررسی در بسیاری از گویه‌ها نگرش منفی به دستور عدم احیا داشتند. هم‌چنین، این دانشجویان دارای سوء برداشت‌های زیادی در مورد دستور عدم احیا بودند و گزارش کردند که نیاز به یادگیری بیشتر در مورد این رویه دارند. هم‌چنین، مشخص شد که دانشجویان مورد بررسی به برخی جنبه‌های اتانازی غیرفعال نگرش منفی داشتند. هم‌چنین، علی‌رغم این‌که دانشجویان دو دانشگاه با زمینه‌های فرهنگی و مذهبی متفاوت عوامل فرهنگی و مذهبی را در نگرش خود به دستور عدم احیا مهم می‌دانستند ولی تفاوت فرهنگی و مذهبی آنان در حدی نبود که سبب تمایز دیدگاه آنان به گویه‌های پرسشنامه‌ی نگرش به دستور عدم احیا شود. به نظر می‌رسد که آموزش دانشجویان در زمینه‌ی دستور عدم احیا بتواند سبب تغییر نگرش آنان در این زمینه شود.

تقدیر و تشکر

این مقاله‌ی پژوهشی حاصل پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد پرستاری در دانشکده‌ی پرستاری و مامایی تبریز است. از تمامی دانشجویان پرستاری شرکت‌کننده در این مطالعه تقدیر و تشکر می‌شود. از مسؤولان دانشکده‌های پرستاری و مامایی تبریز و کردستان نیز برای همکاری‌شان صمیمانه تشکر می‌شود.

اصول اساسی دین اسلام ندارد، با در نظر گرفتن دانش اندک آنان در زمینه‌ی دستور عدم احیا قابل توجیه است. یکی دیگر از یافته‌های این مطالعه این بود که دانشجویان اعتقاد داشتند که عوامل مذهبی و فرهنگی در تصمیم‌گیری آنان برای دستور عدم احیا نقش دارد. البته در این زمینه تفاوتی بین دانشجویان دو دانشگاه علوم پزشکی تبریز و کردستان که از دو مذهب و فرهنگ مختلف بودند مشاهده نشد. برخی متون گزارش کرده‌اند که فرهنگ و مذهب می‌تواند دو عامل مهم در تعیین نگرش افراد به چالش‌های اخلاقی باشند (۱۳). باید توجه داشت که این مسأله می‌تواند ناشی از این باشد که بین مکاتب مختلف دین اسلام در مورد موضوعات مرتبط با مراقبت انتهایی شباهت‌های زیادی وجود دارد (۱۶). به‌طور خلاصه، می‌توان گفت که اعتقادات فرهنگی و مذهبی دانشجویان دو دانشگاه به حدی متمایز نبوده است که سبب ایجاد اختلاف در دیدگاه آنان نسبت به ابعاد مختلف دستور عدم احیا شود.

نتایج نشان داد که دانشجویان پرستاری ایرانی مشغول به تحصیل در دو دانشگاه علوم پزشکی کشور در کل نگرش مثبتی به دستور عدم احیا ندارند. از طرفی، این دانشجویان دارای سوء برداشت‌های زیادی در زمینه‌ی دستور عدم احیا بودند و گزارش کردند که تمایل دارند تا در مورد جنبه‌های مختلف دستور عدم احیا اطلاعات بیشتری داشته باشند. بنابراین، به نظر می‌رسد که شاید یکی از دلایل اصلی نگرش منفی دانشجویان به دستور عدم احیا، عدم اطلاعات کامل آن‌ها در این زمینه باشد. پس این امکان وجود دارد که آموزش دانشجویان در مورد چالش‌های اخلاقی مانند دستور عدم احیا سبب تغییر نگرش آن‌ها نیز شود. البته تأیید این یافته‌ها نیاز به مطالعات بیشتری دارد. این مطالعه دارای محدودیت‌هایی است که هنگام تفسیر یافته‌های آن باید مدنظر قرار داد. در این مطالعه تنها نگرش دانشجویان پرستاری در مورد دستور عدم احیا بررسی شده است و دانش آنان در این زمینه بررسی نشده است. این امکان وجود دارد که نگرش ضعیف دانشجویان

of palliative care. *Int J Crit Illn Inj Sci* 2011; 1(2): 154-6.

14- O'Connor M, O'Brien AP, Griffiths D, et al. What is the meaning of palliative care in the Asia-Pacific region? *Asia-Pac J Clin Oncol* 2010; 6(3): 197-202.

15- Babgi A. Legal issues in end-of-life care: perspectives from Saudi Arabia and United States. *Am J Hosp Palliat Med* 2009; 26(2): 119-27.

16- Sarhill N, LeGrand S, Islambouli R, Davis MP, Walsh D. The terminally ill Muslim: death and dying from the Muslim perspective. *Am J Hosp Palliat Care* 2001; 18(4): 251-5.

17- Zahedi F, Larijani B, Tavakoly Bazzaz J. End of life ethical Issues and Islamic views. *Iran J Allergy Asthma Immunol* 2007; 6(Supplement 5): 5-15.

18- Albar MA. Seeking remedy, abstaining from therapy and resuscitation: an Islamic perspective. *Saud J Kidney Dis Transpl* 2007; 18(4): 629-37.

19- 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): 19-34. [In Persian]

20- Alsolamy S. Islamic views on artificial nutrition and hydration in terminal ill patients. *Bioethics* 2012. doi: 10.1111/j.1467-8519.2012.01996.x

21- Maani Takrouri MS, Halwani TM. An Islamic medical and legal prospective of do not resuscitate order in critical care medicine. *Internet J Health* 2008; 7(1). <http://ispub.com/IJH/7/1/10044> (accessed in 2013)

22- Saiyad S. Do not resuscitate: a case study from the Islamic viewpoint. *J Islam Med Assoc North Am* 2009; 41(3): 25-31.

23- Al-Mobeireek AF. Physicians' attitudes towards 'do-not-resuscitate' orders for the elderly: a survey in Saudi Arabia. *Arch Gerontol Geriat* 2000; 30(2): 151-60.

24- Lyilikci L, Erbayraktar S, Gökmen N, Ellidokuz H, Kara H, Günerli A. Practices of anaesthesiologists with regard to withholding and withdrawal of life support from the critically ill in Turkey. *Acta Anaesthesiol Scand* 2004; 48(4): 457-62.

25- Varon J, Bisbal Z, Vargas B, Fromm Jr RE, Tai DY. Cardiopulmonary resuscitation preferences among health professionals in

منابع

1- Hinkka H, Kosunen E, Metsänoja R, Lammi U-K, Kellokumpu-Lehtinen P. To resuscitate or not: a dilemma in terminal cancer care. *Resuscitation* 2001; 49(3): 289-97.

2- Zahedi F, Larijani B. Cancer ethics from the Islamic point of view. *Iran J Allergy Asthma Immunol* 2007; 6(suppl 5): 17-24.

3- 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.

4- Cantor MD, Braddock III CH, Derse AR, et al. Do-not-resuscitate orders and medical futility. *Arch Intern Med* 2003; 163(22): 2689-94.

5- 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.

6- de Vos R, Koster RW, 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): 845-50.

7- Sasson C, Rogers MA, Dahl J, Kellermann AL. Predictors of survival from out-of-hospital cardiac arrest: a systematic review and meta-analysis. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2010; 3(1): 63-81.

8- 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.

9- Thibault-Prevost J, Jensen LA, Hodgins M. Critical care nurses' perceptions of DNR status. *J Nurs Scholarsh* 2000; 32(3): 259-65.

10- Yaguchi A, Truog RD, Curtis JR, et al. International differences in end-of-life attitudes in the intensive care unit: results of a survey. *Arch Intern Med* 2005; 165(17): 1970-5.

11- Purvis RJ, Law E, Still JM, Belcher K, Kito N, Dornian JB. Nurses' attitudes toward do-not-resuscitate orders. *J Burn Care Rehabil* 1998; 19(6): 538-41.

12- Hassanzade Haddad A, Rastegari H, Sedaghat M, Saeedi Tehrani S, Aramesh K. Evaluating patients view about euthanasia in TUMS hospitals. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2010; 4(0): 33-41. [In Persian]

13- Steinberg SM. Cultural and religious aspects

- 34- Resnick L, Cowart ME, Kubrin A. Perceptions of do-not-resuscitate orders. *Soc Work Health Care* 1998; 26(4): 1-21.
- 35- Zarghami M, Valaie N, Sartakhti AA, Mehraban M, Mahmoudi R, Moonesi FS. Attitudes of Iranian Interns and Residents Towards Euthanasia. *World Applied Sci J* 2010; 8(4): 486-9.
- 36- Myint PK, Miles S, Halliday DA, Bowker LK. Experiences and views of specialist registrars in geriatric medicine on do not attempt resuscitation decisions: a sea of uncertainty?. *OJM* 2006; 99(10): 691-700.
- 37- Junod Perron J, Morabia A, De Torr énte A. Evaluation of do not resuscitate orders in a Swiss community hospital. *J Med Ethics* 2002; 28(6): 364-7.
- 38- Tavoosiyan A, Sedaghat M, Aramesh K. Euthanasia: assessment of medical students' perspective. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2009; 3(1): 43-52. [In Persian]
- 39- Kachoei A, Ahmari Tehran H, Heidari A, Heidarpour A, Raeisi M, Afrakhteh Z. Medical students' attitude towards euthanasia in Qom in 2009. *J Qom Univer Med Sci* 2011; 5(Sup 3): 61-65. [In Persian]
- 40- Rastegari najaf abadi H, Sedaghat M, Saedi teharani S, Aramesh K. Euthanasia: nurses perspective in teaching hospitals of Tehran University of Medical Sciences. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2010; 3(5): 37-44. [In Persian]
- Singapore. *Crit Care Shock* 2004; 7: 219-25.
- 26- 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. *Crit Care Med* 2008; 36(6): 1817-22.
- 27- Festic E, Wilson ME, Gajic O, Divertie GD, Rabatin JT. Perspectives of physicians and nurses regarding end-of-life care in the intensive care unit. *J Intensive Care Med* 2012; 27(1): 45-54.
- 28- Huang LC, Chen CH, Liu HL, et al. The attitudes of neonatal professionals towards end-of-life decision-making for dying infants in Taiwan. *J Med Ethics* 2013; 39(6): 382-6.
- 29- Konishi E. Nurses' attitudes towards developing a do not resuscitate policy in Japan. *Nurs Ethics* 1998; 5(3): 218-27.
- 30- Dunn MC. Attitudes of medical personnel toward do-not-resuscitate orders, [MS Dissertation]; California State University, Long Beach; 2000.
- 31- Hilden HM, Louhiala P, Honkasalo ML, Palo J. Finnish nurses views on end of life discussions and a comparison with physicians views. *Nurs Ethics* 2004; 11(2): 165-78.
- 32- Eliasson AH, Howard RS, Torrington KG, Dilarrd TA, Phillips YY. Do not resuscitate decisions in the medical ICU: comparing physician and nurse opinions. *Chest* 1997; 111(4): 1106-11.
- 33- Sham C, Cheng Y, Ho K, et al. Do-not-resuscitate decision: the attitudes of medical and non-medical students. *J Med Ethics* 2007; 33(5): 261-5.

Do not resuscitate order: attitude of nursing students of Tabriz and Kurdistan Universities of Medical Sciences

Sima Moghadasian¹, Farahnaz Abdollahzadeh¹, Azad Rahmani*², Farmisk Paknejad³, Hamid Heidarzadeh³

¹ Mentor, Faculty of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran;

² Assistant Professor, Faculty of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran;

³ MSc Student, Faculty of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

Abstract

Do not resuscitate order (DNR) is one of the most challenging issues in end of life care. The attitude of health care providers has an important role in legalization of this procedure. The aim of the present study was to investigate the viewpoints of nursing students on DNR orders. One hundred and eighty six nursing students from Tabriz University of Medical Sciences (TUOMS) and Kurdistan University of Medical Sciences (KUMS) participated in the present study. Data collection was performed by Attitude on DNR Order Questionnaire that consisted of 25 items.

The results showed that nursing students have a negative attitude toward many aspects of DNR orders, had many misconceptions about this procedure and tended to acquire more information about it. Also, students reported a negative attitude about passive euthanasia and reported that cultural and religious factors are important in their attitude toward DNR orders. Moreover, there was no statistical difference between the attitudes of nursing students from these two universities with two different cultural and religious backgrounds ($P > 0.05$).

Considering the lack of knowledge of nursing students about DNR orders it is suggested that nursing students should be educated on the subject. Due to little research evidence conducting further studies is recommended.

Keywords: Do Not Resuscitate Order, cardio-pulmonary resuscitation, nursing students, medical ethics

*Email: azad.rahmani@yahoo.com