

## دیسترس اخلاقی و نگرش نسبت به آتانازی: یک مطالعه

### ارتباطی در پرستاران

سمیه محمدی<sup>۱</sup>

فریبا برهانی<sup>۲</sup>

مصطفی روشنزاده<sup>۳</sup>

فرهاد طالبی<sup>۴</sup>

#### چکیده

دیسترس اخلاقی یکی از مسائل مهمی است که می‌تواند کیفیت زندگی کاری پرستاران و دستیابی به اهداف سلامتی و بهداشتی را با اشکال مواجه سازد. یکی از مسائل تأثیرگذار در ایجاد شرایط دیسترس اخلاقی، پدیده آتانازی است. هرچند وقوع این پدیده با توجه به ساختارهای مذهبی و قانونی کشور ایران امری غیر ممکن محسوب می‌شود، ولی نگرش پرستاران نسبت به عوامل زمینه‌ساز آتانازی نیز می‌تواند در ایجاد شرایط دیسترس اخلاقی در پرستاران مؤثر باشد، لذا مطالعه توصیفی - تحلیلی حاضر با هدف بررسی ارتباط بین پدیده دیسترس اخلاقی و نگرش نسبت به آتانازی صورت گرفته است. پرستاران مورد پژوهش به روش نمونه‌گیری سهمیه‌ای از بیمارستان‌های آموزشی شهر کرمان انتخاب شده و از پرسشنامه دیسترس اخلاقی کورلی و نگرش نسبت به آتانازی برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده شد. نتایج مطالعه حاکی از عدم وجود ارتباط

۱. کارشناسی ارشد آموزش پرستاری دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران.

۲. استادیار گروه اخلاق پرستاری مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۳. مربی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران. (نویسنده مسؤل)

پست الکترونیک: mroshanzadeh62@gmail.com

۴. دانشجوی کارشناسی پرستاری. دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.

معنی‌داری بین دیسترس اخلاقی با نگرش نسبت آتانازی است ( $P > 0/05$ ). میانگین دیسترس اخلاقی در پرستاران ( $2/7 \pm 0/57$ ) و میانگین نگرش پرستاران نسبت به آتانازی ( $0/9 \pm 1/5$ ) گزارش شد.

با توجه به این که آتانازی یکی از عوامل مهم ایجادکننده شرایط دیسترس اخلاقی در پرستاران است، ولی شاید نگرش پایین پرستاران از بروز آن جلوگیری کرده و در نتیجه سبب شود که این پدیده نتواند نقش مؤثری در ایجاد دیسترس اخلاقی در پرستاران ایرانی داشته باشد. با این وجود سطوح دیسترس اخلاقی لزوم توجه و برنامه‌ریزی لازم در جهت آشنایی پرستاران با این پدیده و افزایش مکانیزم‌های سازگاری در آن‌ها را ایجاب می‌نماید.

#### واژگان کلیدی

دیسترس اخلاقی، نگرش نسبت به آتانازی، سیستم بهداشتی، پرستاران

## مقدمه

پدیده دیسترس اخلاقی برای اولین بار توسط جامپتون<sup>۱</sup> مطرح شد. وی دیسترس اخلاقی را به عنوان پدیده‌ای می‌داند که فرد علیرغم داشتن آگاهی بدلیل محدودیت‌های موجود نمی‌تواند عمل صحیح اخلاقی را انجام دهد. (جامپتون، ۱۹۸۴ م؛ گالاگر، ۲۰۱۰ م.) اسچلوتر<sup>۲</sup> و همکارانش بیان می‌کنند که دیسترس اخلاقی احساسی است حاکی از آنکه شرایط پیچیده اخلاقی به راه حل منتهی نشده است و این احساس می‌تواند به عنوان یک عامل آسیب‌زا برای پرستاران عمل نماید. (۲۰۰۸ م.) شرایط و ویژگی‌های حرفه پرستاری و فرهنگ کاری متفاوت در مؤسسات بهداشتی و سیستم مراقبت سلامتی، پرستاران را بیش از سایر حرفه‌ها در معرض دیسترس اخلاقی قرار داده است. دیسترس اخلاقی عاملی قدرتمند بوده که می‌تواند چه به صورت مستقیم و چه غیر مستقیم روی پرستار به عنوان عامل اخلاقی و همچنین یکپارچگی اخلاقی تأثیرگذار باشد. (هامریک و همکاران، ۲۰۱۲ م؛ هامریک و همکاران، ۲۰۰۷ م.)

پرستاران مبتلا به دیسترس اخلاقی علاوه بر داشتن علایمی همانند سردرد، اختلالات گوارشی، عصبانیت، گناه، افسردگی و فرسودگی و کاهش اعتماد بنفس دچار عدم رضایت شغلی، فرسودگی شغلی و ترک حرفه نیز می‌شوند. دیسترس اخلاقی بر روی مراقبت از بیماران نیز تأثیرگذار است. این پدیده می‌تواند باعث بی‌توجهی و فاصله گرفتن پرستاران از بیمار شده و در رسیدن به اهداف درمانی اختلال ایجاد کند. (هاروینگ و همکاران، ۲۰۱۰ م.)

علل متفاوتی می‌توانند در بروز دیسترس اخلاقی نقش داشته باشند. اشتباهات مراقبتی و درمانی، مراقبت بیهوده، حمایت ناکافی از بیماران، فقدان احترام و پذیرش از سوی پزشک، دادن اطلاعات غیر واقعی و ناکافی پیرامون درمان و

پیش‌آگاهی به بیماران و خانواده‌های آن‌ها می‌تواند باعث دیسترس اخلاقی شود. این شرایط می‌تواند توسط پزشک و یا سایر اعضای تیم بهداشتی ایجاد شده، ولی در هر حال باعث پیدایش شرایط دیسترس‌زا خواهد شد. (اسچلوتر و همکاران، ۲۰۰۸ م.) یکی از مسائل قابل اهمیت در زمینه ایجاد دیسترس اخلاقی مربوط به مراقبت‌های پایان زندگی و آتانازی است. (مک‌کارتی، ۲۰۰۸ م؛ اسپرانگ و همکاران، ۲۰۰۷ م.) آتانازی به معنای مرگ خوب است و از لحاظ اخلاقی موضوع مهمی تلقی می‌شود. در طی آتانازی پرستار به دستورات خود بیمار یا خانواده‌اش و به دنبال مشاهده درد و رنج بیمار یا از ارائه مراقبت حیاتی خودداری کرده یا مراقبتی را که به مرگ بیمار منتهی می‌شود انجام می‌دهد. (رستگاری و همکاران، ۱۳۸۹ ش؛ پارساپور و همکاران، ۱۳۸۷ ش.) آتانازی با چالش‌های زیادی همراه است. بیمارانی که آتانازی در مورد آن‌ها صورت می‌گیرد، اکثراً دچار افت شدید عملکرد حیاتی بوده و امید چندانی برای بازگشتشان به حالت طبیعی وجود ندارد. این بیماران علاوه بر تحمل درد و رنج و روش‌ها و درمان‌هایی که چه بسا غیر ضروری هستند؛ به طور پیوسته مراحل انتهایی زندگی را سپری کرده و همچنین خانواده‌های آن‌ها نیز در طی این دوره متحمل درد و رنج فراوانی قرار می‌گیرند و چه بسا به دلیل هزینه‌های درمان سنگین و نامشخص این بیماران از نظر مالی ناتوان می‌شوند. از طرف دیگر مسأله اشغال تخت در سیستم بهداشتی مطرح بوده که گاهی واقعا می‌تواند باعث نجات جان بیمارانی شود که احتمال بازگشت به زندگی بیشتری برایشان وجود دارند. (ونویجمن و همکاران، ۲۰۱۰ م.)

در مقابل همه این مسائل آتانازی بر خلاف دستورات ادیان الهی است. ادیان الهی پدیده مرگ و زندگی را از حیطة اختیارات انسان خارج دانسته و اجازه دخالت در این کار را به انسان نداده است. علاوه بر مسائل مطرح شده آتانازی

می‌تواند از نظر اخلاقی تبعات منفی را در جامعه به دنبال داشته باشد. در این مورد می‌توان به پدیده شیب تند اشاره کرد. این نظریه بیان می‌کند که گسترش آتانازی در جامعه می‌تواند تبعات منفی همانند رواج یافتن خودکشی، کشتن افراد مسن و بی‌دفاع و بیماران لاعلاج را به دنبال داشته باشد و چه بسا این پدیده در جامعه به امری عادی تبدیل شود. (گوردیجن و همکاران، ۲۰۰۰ م؛ رایتجن و همکاران، ۲۰۰۹ م.) مواجه پرستاران با تعارضات موجود در روند آتانازی خود می‌تواند باعث ایجاد دیسترس اخلاقی در آن‌ها می‌شود.

مطالعات صورت گرفته حاکی از آن است که پدیده دیسترس اخلاقی در بین پرستاران از شیوع متوسط تا بالایی برخوردار بوده (الپرن<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۵ م.) و همچنین مسائل مربوط به تصمیم‌گیری‌های اخلاقی، عدم احیا و مرگ با عزت یا آتانازی به عنوان مسائلی که بالاترین سطح دیسترس اخلاقی را در پرستاران ایجاد می‌کنند، شناخته شده‌اند. (بادجر، ۲۰۰۵ م؛ اومری و همکاران، ۱۹۹۵ م.) ریس<sup>۴</sup> و همکارانش در بررسی فاکتورهای ایجادکننده دیسترس اخلاقی شرایطی همانند آتانازی و مراقبت‌های ادامه زندگی را با ایجاد دیسترس اخلاقی بالا مربوط دانسته‌اند. (۲۰۰۸ م.) همچنین مسائل مربوط به زنده‌نگه‌داشتن بیماران پیوندی بر خلاف خواسته خودشان و خانواده‌هایشان نیز در طی مطالعه‌ای به عنوان عاملی استرس‌زا برای پرستاران مطرح شده است. (الپرن و همکاران، ۲۰۰۵ م.) هامریک و بلاچها<sup>۵</sup> بیشترین شرایط دیسترس‌زا را هنگامی معرفی می‌کنند که مراقبت‌های پزشکی مرگ بیمار را به تأخیر انداخته و هیچ‌کسی تصمیمی برای خاتمه‌دادن به زندگی بیمار ندارد. (۲۰۰۷ م.)

به هر حال با توجه به این که دیسترس اخلاقی یکی از مسائل شایع اخلاقی در نظام سلامت بوده و مسائل مربوط به آتانازی و درگیری ذهنی پرستاران با آن

یکی از علل ایجاد دیسترس اخلاقی به شمار می‌رود و با نظر به این که دیدگاه پرستاران در مورد آتانازی در ساختارهای فرهنگی و مذهبی مختلف متفاوت بوده و همچنین ارتباط بین این دو پدیده نیز کم‌تر در ایران مورد توجه قرار گرفته، لذا در این مطالعه به بررسی ارتباط بین دیسترس اخلاقی و آتانازی در پرستاران پرداخته شده است.

### روش

پژوهش حاضر مطالعه‌ای توصیفی - تحلیلی بوده که با هدف تعیین ارتباط بین دیسترس اخلاقی و نگرش نسبت به آتانازی در پرستاران صورت گرفته است. واحدهای مورد پژوهش ۳۳۰ نفر از پرستاران بیمارستان‌های شهر کرمان بودند که از چهار بیمارستان آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمان مطابق با معیارهای ورود انتخاب شدند. واحدهای مورد پژوهش به روش نمونه‌گیری سهمیه‌ای و با استفاده از حجم نمونه مورد محاسبه و تعداد کل پرستاران در هر بیمارستان اختصاص یافتند. ابتدا با توجه به فرمول حجم نمونه در مطالعات همبستگی حجم کل نمونه محاسبه شد  $(N=[Z_{\alpha}+Z_{\beta}/C]^2+3)$ . سپس با توجه به جمعیت‌های کل در هر بیمارستان به هر یک از آن‌ها سهمیه‌ای به صورت: بیمارستان افضل‌پور (۱۱۸)، شفا (۹۵)، باهنر (۸۷) و شهید بهشتی (۳۰) اختصاص یافت. معیارهای ورود به مطالعه شامل دارا بودن حداقل مدرک لیسانس پرستاری و داشتن سابقه خدمت در بخش‌های بالینی بود. ابزار جمع‌آوری داده شامل پرسشنامه سه قسمتی است. بخش اول جهت جمع‌آوری اطلاعات دموگرافیک افراد مورد استفاده قرار گرفت. در این بخش اطلاعاتی همانند: سن، جنس، نوع بخش محل خدمت، نوع استخدام و تعداد سال‌های خدمت جمع‌آوری گردید. بخش دوم شامل پرسشنامه دیسترس

اخلاقی<sup>۶</sup> (MD) کورلی<sup>۷</sup> بوده و در بخش سوم شامل پرسشنامه نگرش نسبت به آتانازی<sup>۸</sup> (EAS) هالووی<sup>۹</sup> است. پرسشنامه دیسترس اخلاقی کورلی از ۲۱ سؤال تشکیل شده و سؤالات آن شامل موقعیت‌هایی است که شدت و تکرار دیسترس اخلاقی را در پرستاران می‌سنجند. گویه‌های آن در مورد شدت از اصلا (صفر) تا بسیار زیاد (پنج) و در مورد تکرار از هرگز (صفر) تا مکررا (پنج) مرتب شده است. (کورلی و همکاران، ۲۰۰۱ م.). پرسشنامه نگرش نسبت به آتانازی شامل ۳۰ سؤال بوده و گزینه‌های آن از کاملا مخالفم (یک) تا کاملا موافقم (چهار) گسترش یافته است. (هالووی و همکاران، ۱۹۹۵ م.). این پرسشنامه‌ها به روش ترجمه دو طرفه از انگلیسی به فارسی و سپس از فارسی به انگلیسی برگردانده شده و دو نسخه از نظر تطابق مورد بررسی قرار گرفتند. همچنین این پرسشنامه‌ها به طور جداگانه مورد روایی و پایایی قرار گرفته است. روایی آن‌ها با استفاده از ۱۰ نفر از استاتید دانشکده پرستاری و مامایی رازی دانشگاه علوم پزشکی کرمان صورت گرفته و شاخص روایی محتوا (CVI) برای پرسشنامه دیسترس اخلاقی ۸۸٪ و برای پرسشنامه نگرش نسبت به آتانازی ۸۰٪ محاسبه شد. پایایی آن نیز با استفاده از ضریب همبستگی درونی (آلفا کرونباخ) محاسبه گردید. آلفای کرونباخ برای پرسشنامه دیسترس اخلاقی ۹۳٪ و برای پرسشنامه نگرش نسبت به آتانازی ۷۹٪ گزارش گردید. پرسشنامه پس از کسب مجوزهای قانونی و با رعایت موارد اخلاقی در اختیار واحدهای مورد پژوهش قرار گرفت. ابتدا به واحدهای پژوهش در رابطه با پرسشنامه و نحوه پاسخگویی به آن اطلاعاتی داده شد. ضمنا به آن‌ها خاطر نشان شد که شرکت در مطالعه اختیاری بوده و آن‌ها برای ورود و یا کناره‌گیری از مطالعه آزادی کامل دارند. همچنین ضمن تأکید بر رازداری، به واحدهای مورد پژوهش خاطر نشان شد که اطلاعاتشان فقط برای استفاده در

مطالعه است و در اختیار افراد دیگر قرار نخواهد گرفت. پرسشنامه‌ها پس از دو هفته (۱۳۹۱/۶/۱۰ تا ۱۳۹۱/۶/۲۴) با مراجعه به بخش‌های مربوطه توسط محقق جمع‌آوری گردید. داده‌ها پس از جمع‌آوری توسط نرم‌افزار SPSS16 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته و با توجه به هدف‌های مطالعه از آمار توصیفی و تحلیلی استفاده شد. در این زمینه برای بررسی ویژگی‌های دموگرافیک از میانگین، فراوانی، درصد فراوانی و انحراف معیار استفاده شده و برای بیان سطح دیسترس اخلاقی و نگرش نسبت آتانازی نیز از میانگین و انحراف معیار استفاده گردید. ارتباط بین متغیرهای آتانازی و دیسترس اخلاقی نیز با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون محاسبه گردید.

#### یافته‌ها

نتایج به دست آمده حاکی از آن است که واحدهای مورد پژوهش از نظر سنی در دامنه بین ۲۳-۵۳ قرار داشتند. میانگین سنی در آن‌ها ۲۸ سال بوده است. ۱۱٪ از پرستاران را مردان و ۸۹٪ از آن‌ها را زنان به خود اختصاص دادند. میانگین تعداد سال‌های خدمت در واحدهای مورد پژوهش ۱۶ سال بوده و در دامنه ۱ تا ۲۸ سال قرار داشتند. از نظر نوع استخدام نیز واحدهای مورد پژوهش در سه طبقه رسمی، قراردادی و طرحی جای گرفتند. فراوانی واحدهای پژوهش در گروه رسمی ۶۰٪، در گروه قراردادی ۲۹٪ و در گروه طرحی ۲۱٪ بود. بر اساس بخش محل خدمت پرستاران در ۷ گروه جای گرفتند (جدول ۱).

نتایج بیان‌شده در جدول ۲ میانگین شدت و تکرار دیسترس اخلاقی و نگرش نسبت به آتانازی را در پرستاران نشان می‌دهد. دامنه نمره دیسترس اخلاقی در پرستاران از (۵-۰) بوده که پرستاران از این دامنه متوسطی از شدت و تکرار



دیسترس اخلاقی را گزارش کرده‌اند. میانگین نمره آتانازی در پرستاران نیز در دامنه (۱-۴) در سطح پایینی بوده است.

در زمینه بررسی سؤالات مربوط به دیسترس اخلاقی نتایج حاکی از آن است که سؤال شماره ۱۲ پرسشنامه [به احساسات و عواطف بیماران اهمیت می‌دهم] بیشترین شدت ( $3/5 \pm 0/9$ ) و تکرار ( $3/7 \pm 1/2$ ) دیسترس اخلاقی و سؤال [در محل کارم با سوپروایزرها/ مدیران کشمکش داشته‌ام] کم‌ترین شدت ( $1/55 \pm 0/8$ ) و تکرار ( $1/05 \pm 0/8$ ) دیسترس اخلاقی را در بین کل سؤالات به خود اختصاص داده‌اند. همچنین در زمینه آتانازی بیشترین میانگین مربوط به سؤال [برای من هیچ توجیهی برای پایان دادن به زندگی افراد، حتی بیماران لاعلاج، وجود ندارد] ( $2 \pm 0/88$ ) و کم‌ترین میانگین را سؤال [سزاوار است فردی که مبتلا به بیماری لاعلاجی بوده و دارای درد شدید است، در ساده‌ترین راه ممکن به زندگی پایان دهد] ( $0/5 \pm 0/17$ ) به خود اختصاص دادند.

بررسی ارتباط بین شدت و تکرار دیسترس اخلاقی و نگرش نسبت به آتانازی نیز حاکی از عدم ارتباط معنی‌داری بین آن‌ها بوده است ( $P > 0/05$ ).

### بحث

هدف اصلی این مطالعه بررسی ارتباط بین دیسترس اخلاقی و آتانازی در پرستاران بوده است. نتایج حاکی از آن است که بین دیسترس اخلاقی از نظر شدت و تکرار با آتانازی در پرستاران ارتباطی مشاهده نشده است. سایر مطالعات صورت گرفته در این مورد حاکی از ارتباط معنی‌داری بین دیسترس اخلاقی و آتانازی در پرستاران بوده است. الپرن و همکارانش در طی مطالعه‌شان مواجه پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه را با آتانازی و مسائل مربوط به انتهای زندگی را جز عوامل مؤثر در

دیسترس اخلاقی دانسته‌اند. (۲۰۰۵ م.) اومری نیز در طی مطالعه‌اش ضمن بررسی عوامل ایجادکننده دیسترس اخلاقی، برخورد پرستاران با مسائل انتهای زندگی را در ایجاد شرایط دیسترس اخلاقی مؤثر دانسته است. (۱۹۹۵ م.) هامریک و بلاچهل نیز ضمن بررسی ابزار دیسترس اخلاقی، آتانازی و موارد تصمیم‌گیری مربوط به آن را در ایجاد دیسترس اخلاقی مؤثر دانسته است. (۲۰۰۷ م.)

دیسترس اخلاقی پدیده است که شرایطی مختلفی می‌تواند باعث بروز آن شود. اگر که آتانازی از نظر قانونی امری پذیرفته‌شده بوده و انجام آن در سیستم‌های بهداشتی امری بلامانع باشد مطمئناً توسط پرستاران در سیستم‌های بهداشتی انجام شده و در چنین شرایطی است که این پدیده می‌تواند جز علل اصلی دیسترس اخلاقی مطرح شود. پدیده آتانازی پرستار را با حالتی متناقض روبرو می‌کند. از یک طرف پرستار بنا به درخواست بیمار و خانواده‌اش و یا بر حسب تشخیص خودش با انجام این کار قصد دارد بیمار را از شرایط زجرآوری که دارد نجات داده و از طرف دیگر نیز این کار را متناقض با اصول اخلاقی دانسته و ممکن است با ارتکاب این عمل احساس دیسترس و زجر اخلاقی را تجربه کند. مسأله پایان زندگی و آتانازی به طور قطع با مسائل اخلاقی زیادی همراه است. خاتمه‌دادن به زندگی افرادی که زندگی و مرگشان هر کدام با مسائلی همراه است خود می‌تواند معضلات زیادی را ایجاد کند. در یک سوی این مسأله افرادی قرار دارد که ادامه زندگیشان با کیفیتی همراه نبوده و به عبارتی دیگر ارمغانی جز زجر و زحمت را به دنبال ندارد. در طرف دیگر شاید بتوان به مسأله عواقب زنده‌ماندن این بیماران اشاره کرد. اشغال تخت خود مسأله‌ای که گاهی در صورت عدم وجود آن جان افرادی که امید بیشتری برای زنده‌ماندنشان وجود دارد و از شرایط بهتری

برخورداند نجات یافته و می‌توان گفت آن‌ها استحقاق بیشتری برای دریافت خدمات سلامتی خواهند داشت.

در زمینه وقوع آتانازی چندین مانع وجود دارد. نخست آنکه در بروز آن نقش ادیان الهی و نظام‌های مبتنی بر آن بسیار مهم تلقی می‌شود. در حقیقت استدلال‌های دینی در میان افراد مهم‌ترین عامل برای مخالفت با پدیده آتانازی است. (پرتی و همکاران، ۲۰۰۵ م؛ لیزکر و همکاران، ۲۰۰۸ م؛ راینانن و همکاران، ۲۰۰۲ م؛ طاووسیان و همکاران، ۱۳۸۹ ش.) در کنار دین، مسائل قانونی مطرح می‌باشد. اگر نظام‌های قانونی و سیاسی کشورها بر اساس نظام دینی مبتنی باشند این پدیده نه تنها با منع دینی همراه بوده، بلکه انجام آن پیگردهای قانونی را به دنبال خواهد داشت. در کنار سیستم قانونی تعهدات و وظیفه‌مداری افراد سبب می‌شود که وقوع این پدیده با مخالفت همراه باشد. (سارقلو، ۲۰۰۲ م؛ آموز و همکاران، ۲۰۰۸ م.) به معنای دیگر می‌توان گفت پیرویت افراد از قوانین دینی و حقوقی و این که نبایستی به دیگران صدمه برسانند سبب شده که ارتکاب آن کاهش یابد. در بعد آتانازی دو مفهوم از نظر معنایی وجود دارد. عده‌ای آن را جدای از هدفش به معنای کشتن و قتل دانسته و حال آنکه قتل افراد خود عملی غیر دینی و غیر قانونی مطرح بوده که سبب می‌شود پرستاران از آن اجتناب کنند. برداشت منفی سایر افراد جامعه از جمله خانواده بیماران و بیماران سبب شده که آن‌ها نیز تمایلی به این عمل نداشته و این دیدگاه منفی در بیماران، پرستار و خانواده بیماران خود می‌تواند از بروز آن خودداری کند. معنای دیگر آن اجازه مردن دادن است. در این معنا پرستاران علی‌رغم آنکه توانایی لازم را برای انجام اقدامات ادامه دهنده زندگی را دارند از آن اجتناب کرده که این کار بر خلاف وجدان کاری و تعهد حرفه‌ای‌شان بوده و خود عاملی است که می‌تواند از بروز آن خودداری کند.

در ایران نظام مذهبی و قانونی اجازه آتانازی را به افراد نمی‌دهد. (رستگاری و همکاران، ۱۳۸۹ ش.) در دین اسلام هیچ فردی حق دخالت در پدیده مرگ را نداشته و حتی این حق تصمیم‌گیری برای خود افراد نیز قائل نشده است. این دیدگاه سبب شده است که شاید بتوان ادعا کرد به دلیل نگرش منفی پرستاران نسبت به آتانازی این پدیده در ایران مشاهده نشده و در نتیجه نقش آن بروز دیسترس اخلاقی در پرستاران در حد پایینی قرار داشته باشد، هرچند ممکن است برخی نظر موافقی با این پدیده داشته باشند، ولی تحت شرایط موجود بدلیل عدم ارتکاب به این عمل اخلاقی نمی‌تواند ادعا کرد که دیسترس اخلاقی موجود می‌تواند مربوط به آن باشد. در نتیجه نتایج حاصل از مطالعه حاضر مبنی بر عدم وجود ارتباط معنی‌دار بین دیسترس اخلاقی و آتانازی با توجه به نظام مذهبی و قانونی ایران امری طبیعی بوده و می‌توان ادعا کرد که این عمل به دلیل این که در میان پرستاران ایرانی جایگاهی ندارد، لذا نمی‌تواند ارتباط با پدیده دیسترس اخلاقی داشته باشد.

بررسی میزان شدت و تکرار دیسترس اخلاقی در واحدهای مورد پژوهش در حد متوسط گزارش شده است. برای بررسی دیسترس اخلاقی به طور کلی ۲۱ سؤال مطرح شده است. از این سؤالات بیشترین سؤالی که با میانگین شدت و تکرار بالای دیسترس اخلاقی روبرو بوده سؤال ۱۲ است که مربوط به اهمیت‌دادن به احساسات و عواطف بیماران می‌شود. از نظر واحدهای مورد پژوهش درگیری عاطفی با مسائل بیمار و خانواده وی به عنوان یک عامل دیسترس‌زای مهم شناخته شده است. کم‌ترین میانگین نمره دیسترس از نظر شدت و تکرار مربوط به سؤال ۴ است. این سؤال به وقوع کشمکش با مدیران رده بالاتر اشاره دارد. ریس نیز در مطالعه خود یکی از عوامل مؤثر در دیسترس اخلاقی را مسائل عاطفی بیمار و خانواده وی و همچنین درگیری با سوپروایزرها و مدیران سازمان مطرح می‌کند.

(۲۰۰۸ م.) میزان تأثیر این عوامل در ایجاد دیسترس به نوع محیط کاری و ویژگی‌های خود افراد بر می‌گردد. به طور کلی نمره دیسترس اخلاقی در این مطالعه در حد متوسط بوده است. در مطالعه‌ای که توسط الپرن<sup>۵</sup> صورت گرفت شرکت‌کنندگان سطح متوسطی از دیسترس اخلاقی را گزارش کردند. (۲۰۰۵ م.) همچنین در مطالعه دیگری که در سال ۲۰۰۷ صورت گرفت نیز میزان دیسترس اخلاقی را سطح بالا گزارش شده است. (جانویر و همکاران، ۲۰۰۷ م.) مطالعات صورت گرفته در ایران نیز شیوع این پدیده را در پرستاران در حد متوسط و بالا گزارش کرده و تأثیر آن را نیز بر عملکرد پرستاران منفی دانسته‌اند. (بیکمرادی و همکاران، ۱۳۹۱ ش؛ شاکرنیا، ۱۳۸۹ ش؛ جولایی و همکاران، ۱۳۹۱ ش.) در مطالعات قبلی میزان دیسترس اخلاقی با توجه به نوع بخش محل خدمت متفاوت بوده، ولی در اکثر موارد در حد متوسط به بالا گزارش شده است.

بررسی نگرش پرستاران نسبت به آتانازی از سطح پایینی برخوردار بوده است. برای بررسی نگرش پرستاران نسبت به آتانازی به طور کل ۳۰ سؤال مطرح شده است. بیشترین میانگین مربوط به سؤالی است که اجرای این عمل را در هیچ صورتی حتی در مورد بیماران لاعلاج عملی موجه نمی‌داند. کم‌ترین میانگین در این زمینه نیز مربوط به مجازدانستن اجرای آتانازی توسط افرادی است که مبتلا به درد یا بیماری هستند. بررسی مطالعات حاکی از آن است که در کشورهای غیر اسلامی و غربی میزان نگرش پرستاران نسبت به این پدیده به طور کلی متفاوت بوده است. برخی از آنها با این پدیده مخالف بوده و برخی موافق که درصد موافقت با این پدیده متفاوت بوده است. (موس و همکاران، ۲۰۰۱ م؛ پوست و همکاران، ۲۰۰۹ م؛ ووگت و همکاران، ۲۰۰۵ م؛ کارتر و همکاران، ۲۰۰۷ م؛ آلتی و همکاران، ۲۰۱۰ م.) حال آنکه در کشورهای اسلامی از جمله ایران مطالعات حاکی از نگرش پایین

پرستاران در این مورد است. آقابابایی و همکارانش در طی مطالعه‌شان نقش عوامل فردی و الگوهای قضاوت را در نگرش نسبت به آتانازی مؤثر دانسته است. (۱۳۹۰ ش.) مقدس و همکارانش نیز نگرش پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه را پایین دانسته است. (۱۳۹۱ ش.) تفاوت مشاهده شده در این رابطه امری کاملاً طبیعی است. از یک طرف این عمل مخالف نظام مذهبی و قانونی ما بوده و از طرف دیگر دیدگاه حاکم بر افراد جامعه از جمله پرستاران نیز این عمل را پسندیده ندانسته و چه بسا آن را از نظر اعتقادی گناه تلقی می‌کنند. در کشورهای غربی نیز با توجه به نظام‌های متفاوت مذهبی و قانونی این عمل در طیفی از اقدام مجاز تا غیر مجاز محسوب شده و به طور کل می‌توان گفت که اجزای این عمل در این کشورها با محدودیت‌های خاصی همراه نیست و در محیط‌های درمانی نیز قابل اجرا است و لذا نگرش پرستاران نیز در این باره مثبت‌تر است.

### نتیجه گیری

نتایج به دست آمده حاکی از این است که پدیده دیسترس اخلاقی از نظر تکرار و شدت ارتباط معنی داری را با نگرش پرستاران نسبت به آتانازی نداشته است. این رابطه می تواند حاکی از این باشد که شاید محیط فرهنگی، مذهبی و اخلاقی ایران سبب شده است که پدیده آتانازی نه تنها صورت نگرفته، بلکه توسط افراد جامعه و همچنین جامعه پرستاران مورد تایید و پذیرش نباشد. پدیده دیسترس اخلاقی از نظر شدت و تکرار از سطح متوسطی در میان پرستاران برخوردار بوده است. نگرش پرستاران نیز نسبت به آتانازی در حد پایینی بوده است.

سطوح متوسط دیسترس اخلاقی در پرستاران لزوم توجه و برنامه ریزی در زمینه آشناسازی پرستاران با این پدیده و علل پیدایش آن را طلب می نماید. آگاهی پرستاران نسبت به این پدیده و توانمند نمودن آن ها برای استفاده از مکانیزم های مؤثر سازگاری خواهد توانست از بسیاری از عواقب آن جلوگیری نماید. از محدودیت های این مطالعه می توان به این نکته اشاره نمود که این مطالعه در نقطه خاصی از کشور صورت گرفته و نیاز به مطالعات در سایر نقاط کشور نیز وجود دارد. همچنین روش نمونه گیری مورد استفاده غیر تصادفی بوده که این عوامل می تواند بر روی تعمیم پذیری نتایج تأثیر گذار باشد.

### سپاسگزاری

از کلیه پرستاران شرکت کننده در این مطالعه کمال تشکر و قدردانی را داریم.

جدول ۱: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب بخش محل خدمت

نوع بخش محل خدمت	فراوانی	درصد فراوانی
جراحی	۹۰	۳۰ درصد
داخلی	۸۱	۲۷ درصد
مراقبت ویژه	۷۰	۲۳/۳۳ درصد
اورژانس	۳۲	۱۰/۶۶ درصد
کودکان	۱۸	۶ درصد
زنان	۱۶	۵/۳۳ درصد
روانپزشکی	۲۳	۷/۶۶ درصد
کل	۳۳۰	۱۰۰ درصد

جدول ۲: میانگین شدت و تکرار دیسترس اخلاقی و آتانازی در پرستاران

متغیر	میانگین	انحراف	معیار دامنه
شدت دیسترس اخلاقی	۲/۷	۰/۵۷	۰-۵
تکرار دیسترس اخلاقی	۳/۲۴	۰/۴۳	۰-۵
آتانازی	۱/۵	۰/۹	۱-۴



پی‌نوشت‌ها

1. Jameton
2. Schluter
3. Elpern
4. Ric
5. Hamnc & Blackhall
6. Moral Distress
7. Corly
8. Euthanasia Attitude Scale
9. Holloway

فهرست منابع

- Aghababaei, N. Hatame, J. Rostame, R. (2011). Role of indivjeoual characteristic and pattern of judgment in attitudes towards euthanasia. *Journal of Critical Care Nursing*. 4 (1): 23-32.
- Beikmoradi, A. Rabiee, S. Khatiban, M. Cheraghi, M. (2012). Nurses' distress in intensive care unit: a survey in teaching hospitals. *Iran J Med Ethics Hist Med*. 5 (2): 58-69.
- Parsapoor, AR. Hemmate Moghadam, AR. Parsapoor, MB. Larejane, B. (2008). Euthanasia, explaining issue and ethical analysis. *Iran J Med Ethics Hist Med*. 1 (4):1-12.
- Rastegay Najafabade, H. Cedaghat, M. Saeede Tehrane, S. Aramesh, K. (2010). The survey of nurses attitude Tehran University of Medical Science in relationship whit euthanasia. *Iran J Med Ethics Hist Med*. 3 (5): 37-44.
- Tavoocean, A. Sedaghate, M. Aramesh, K. (2010). The survey of Intern Tehran University of Medical Science in relationship whit euthanasia. *Iran J Med Ethics Hist Med*. 1 (3): 43-51.
- Shakeriniya, I. (2010). The relationship between ethical conflicts, moral distress, and occupational stress in nurses. *Iran J Med Ethics Hist Med*. 4 (Suppl): 56-69.
- Joolae, S. Jalili, H. Rafii, F. Hajibabae, F. Haghani, H. (2012). Relationship between moral distress and job satisfaction among nurses. *Tehran University of Medical Sciences Hospitals (Hayat)*. 18 (1): 42-51.

- Moghadass, T. Mommene, M. Baghaee, M. Ahmadde, SH. (2012). The attitude of Nurses critical care unite about euthanasia. *Iran J Med Ethics Hist Med*. 5 (4):69-76.
- Altay ES, AA. Badri, A. Altayeb, SH. Ahmed, AM. (2010). Attitude towards euthanasia among final year psychology student. *Sudanese Journal of Public Health*. 5 (3): 139-44.
- Badger, JM. (2005). Factors that enable or complicate end-of-life transitions in critical care. *American Journal of Critical Care*. 14 (6): 513-23.
- Carter, GL. Clover, KA. Parkinson, L. Rainbird, K. Kerridge, I. Ravenscroft, P. Cavenagh, J. McPhee, J. (2007). Mental health and other clinical correlates of euthanasia attitudes in an Astralin outpatient cancer population. *Psycho oncology*. 16 (4): 295-303.
- Corley, MC. Elswick, RK. Gorman, M. Clor, T. (2001). Development and evaluation of a moral distress scale. *Journal of Advanced Nursing*. 33 (2): 250-6.
- Elpern, EH. Covert, B. Kleinpell, R. (2005). Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. *American Journal of Critical Care*. 14 (6): 523-31.
- Emmons, RA. Barrett, JL. Schnitker, SA. (2008). *Personality and the Capacity for Religious and Spiritual Experience*. In OP John, RW Robins, LA Pervin: Handbook of Personality Theory and Research. 634- 53.
- Gallagher, A. (2010). Moral Distress and Moral Courage in Everyday Nursing Practice. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*. 16 (2).
- Gordijn, B. Janssens, R. (2000). The prevention of euthanasia through palliative care: New developments in The Netherlands. *Search Results Patient Education and Counseling* . 41: 135-46.
- Harrowing, JN. Mill, J. (2010). Moral distress among Ugandan nurses providing HIV care: A critical ethnography. *International Journal of Nursing Studies*. 47: 723-73.

- Hamric, AB. Borchers, CT. Epstein, EG. (2012). Development and testing of an instrument to measure moral distress in healthcare professionals. *American Journal of Bioethics Primary Research*. 3 (2): 1-9.
- Hamric, AB. Blackhall, LJ. (2007). Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: Collaboration, moral distress and ethical climate. *Critical Care Medicine*. 35 (2): 422-9.
- Holloway, DH. Hayslip, B. Murdock, ME. Maloy, R. Servaty, HL. Henard, K. Lopez, L. Lysaght, R. Moreno, G. Moroney, T. Smith, D. White, S. (1995). Measuring attitudes towards euthanasia. *Omega*. 30 (1): 53-65.
- Jameton, A. (1984). *Nursing practice: the ethical issues Englewood cliffs. NJ: prentice - hall*.
- Janvier, A. Nadeau, S. Deschênes, M. Couture, E. Barrington, KJ. (2007). Moral distress in the neonatal intensive care unit: caregiver's experience. *Journal of perinatology*. 27(4): 203-208.
- Lisker, R. Del Rio, AA. Villa, AR. Carnevale, A. (2008). Physician-assisted Death. Opinions of a Sample of Mexican Physicians. *Arch Med Res*. 39 (4): 452-8.
- McCarthy, J. Deady, R. (2008). Moral distress reconsidered. *Nursing Ethics*. 15 (2): 254-62.
- Moss, AH. Hozayen, O. King, K. Holley, JL. Schmidt, RJ. (2001). Stitude of patients toward cardiopulmonary resuscitation in the dialysis unit. *Search Results American Journal of Kidney Diseases*. 38 (4): 847-52.
- Omery, A. Henneman, E. Billet, B. Luna-Raines, M. Brown-Saltzman, K. (1995). Ethical issues in hospital-based nursing practice. *Journal of Cardiovascular Nursing Management*. 9 (4): 43-53.
- Peretti-Watel, PBM. Moatti, JP. (2005). Attitudes toward palliative care, conceptions of euthanasia and opinions about its legalization among French physicians. *Social Science & Medicine*. 60 (8): 1781-93.
- Pousset, GMA. Bilsen, J. De Wilde, J. Benoit, Y. Verlooy, J. Bomans, A. Deliëns, L. Mortier, F. (2009). Attitudes of adolescent cancer survivors toward end-of-life decisions for minors. *Pediatrics*. 124 (6): 1142-8.

- Rietjens, JAC. Van Der Maas, PJ. Onwuteaka-Philipsen, BD. Van Delden JJM. Van Der Heide, A. (2009). Two Decades of Research on Euthanasia from the Netherlands: What Have We Learnt and What Questions Remain? *Bioethical Inquiry*. 6 (3): 271-83.
- Rice, EM. Rady, MY. Hamrick, A. Verheijde, JL. Pendergrast, DK. (2008). Determinants of moral distress in medical and surgical nurses at an adult acute tertiary care hospital. *Journal of Nursing Management*. 16: 360-73.
- Ryynanen, OP. Myllykangas, M. Viren, M. Heino, H. (2002). Attitudes towards euthanasia among physicians, nurses and the general public in Finland. *Public Health*. 116 (6): 322-31.
- Saroglou, V. (2002). Religion and the five factors of personality: A meta-analytic review. *Personality and Individual Differences*. 32 (1): 15-25.
- Schluter, J. Winch, S. Holzhauser, K. Henderson, A. (2008). Nurses' moral sensitivity and hospital ethical climate: A literature review. *Nursing Ethics*. 15 (3): 304-21.
- Sprung, CL. Carmel, S. Sjkovist, P. Baras, M. Cohen, SL. Maia, P. Beishuizen, A. Nalos, D. Novak, I. Svantesson, M. Benbenishty, J. Henderson, B. (2007). Attitudes of European physicians, Nurses, patients & Families regarding end of life decisions: the ETHICA study. *Intensive Care Medicine Journal*. 33 (1): 104-10.
- Van Wijmen, MP. Rurup, ML. Pasman, HR. Kaspers, PJ. Onwuteaka-Philipsen, BD. (2010). Advance directives in the Netherlands: an empirical contribution to the exploration of across-cultural perspective on advance directives. *Bioethics*. 24 (3): 118-260.
- Voogt, E. Van Der Heide, A. Rietjens, JAC. Van Leeuwen, AF. Visser, AP. Van Der Rijt, CCD. Van Der Maas, PJ. (2005). Attitude of patients with in curable cancer toward medical treatment in the last phase of life. *Journal of Clinical Oncology*. 23 (9): 2012-9.

یادداشت شناسه مؤلفان

سمیه محمدی: کارشناسی ارشد آموزش پرستاری دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران.

فریبا برهانی: استادیار گروه اخلاق پرستاری مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

مصطفی روشن‌زاده: مربی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران. (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیک: mroshanzadeh62@gmail.com

فرهاد طالبی: دانشجوی کارشناسی پرستاری. دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.

**Moral distress and attitude to euthanasia:  
A correlation study in nurses**

*S.Mohammadi  
F.Borhani  
M.Roshanzadeh  
F.Talebi*

**Abstract**

Moral distress is one of the major health issues that can affect the quality of nursing work life and fails to achieve health goals. One of the major issues affecting the development of moral distress phenomenon is euthanasia. Although the occurrence of the phenomenon according to religious and legal structures in Iran is impossible; But it also could underlie attitude to events; among the causes of moral distress in nursing is discussed. Cross - sectional study aimed to investigate the relationship between the phenomenon of moral distress and euthanasia is performed. A quota sample of subjects selected from hospitals in Kerman and data were collected to Corly moral distress and attitudes toward euthanasia questionnaire. The results indicate that the intensity and frequency of moral distress among nurses attitudes towards euthanasia is not significant relation ( $P>0/05$ ). Average of moral distress in nurses ( $2/7\pm 0/57$ ) and the average attitude towards euthanasia ( $0/9\pm 1/5$ ) were reported.

According to this issue euthanasia is one of the reasons which produce moral distress in nurses but maybe Low nurse's attitudes prevent it. Levels of moral distress planning and attention needed to understand this phenomenon and to increase nurses' coping mechanisms they to require and as a result come that this phenomenon cannot have an important role in creation of moral distress in Iranian nurses, nonetheless, levels of moral distress necessitate planning and attention for introducing this phenomenon to the nurses and increasing coping mechanisms in them.

**Keywords**

Moral Distress, Attitude to Euthanasia, Health System, Nurses