

مقاله‌ی پژوهشی

بررسی سطح تصمیم‌گیری اخلاقی پرستاران و ارتباط آن با نگرش آنان به مراقبت‌های پایان زندگی بیماران مبتلا به کووید 19

محمد ترابی^۱، مهسا اسلامی پناه^{۲*}

1. استادیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.

2. دانشجوی کارشناسی اتاق عمل، دانشکده‌ی پیراپزشکی نهاوند، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.

چکیده

* نویسنده‌ی طرف مکاتبه:

مهسا اسلامی پناه

آدرس: ایران، همدان، دانشگاه علوم پزشکی

کد پستی: 6517838678

تلفن: 09384866228

Email: mah.eslamipناه78@gmail.com

تاریخ دریافت: 1400/02/24

تاریخ پذیرش: 1400/06/20

تاریخ انتشار: 1400/10/14

پرستاران از جمله اعضای تیم درمان هستند که بیشترین ارتباط را با بیماران کووید 19 دارند و از تصمیم‌گیری اخلاقی، در مراقبت از آن‌ها ناگزیرند. از سوی دیگر، انگیزه‌ی پرستاران در اجرای مراقبت پایان زندگی، تحت تأثیر نگرش و آگاهی و استدلال اخلاقی آن‌هاست. پژوهش حاضر، با هدف بررسی سطح تصمیم‌گیری اخلاقی پرستاران و ارتباط آن با نگرش آنان به مراقبت‌های پایان زندگی بیماران مبتلا به کووید 19 در بیمارستان‌های منتخب وابسته به دانشگاه علوم پزشکی استان همدان، در سال 1399 انجام گرفت. در این مطالعه، 180 نفر از پرستاران شاغل در بیمارستان، با روش نمونه‌گیری در دسترس، انتخاب شدند. ابزارهای گردآوری داده‌ها شامل پرسش‌نامه‌ی اطلاعات دموگرافیک، پرسش‌نامه‌ی آزمون معمای اخلاقی پرستاری (Nursing Dilemma Test) و پرسش‌نامه‌ی نگرش پرستاران نسبت به مراقبت‌های پایان زندگی بود. مطابق با نتایج، بین تصمیم‌گیری اخلاقی پرستاران و نگرش آنان به مراقبت‌های پایان زندگی، رابطه‌ای مثبت و معنادار وجود دارد ($P < 0/05$ ، $r = 0/819$). میانگین نمره‌ی تصمیم‌گیری اخلاقی پرستاران ($39/19 \pm 5/3$) بر پایین بودن سطح تصمیم‌گیری اخلاقی دلالت دارد و میانگین نمره‌ی ملاحظات عملی ($4/2 \pm 20/62$) نشان‌دهنده‌ی تأثیر نسبی عوامل محیطی بر روند تصمیم‌گیری اخلاقی پرستاران است؛ درحالی‌که میانگین نمره‌ی نگرش مراقبت‌های پایان زندگی پرستاران، در سطحی نامطلوب گزارش شد ($81/58 \pm 7/8$). شناسایی عوامل مؤثر بر تصمیم‌گیری اخلاقی پرستاران و برنامه‌ریزی آموزشی می‌تواند نگرش پرستاران به مراقبت‌های پایان زندگی را بهبود بخشد و کیفیت مراقبت از بیماران را نیز افزایش دهد.

واژگان کلیدی: پرستار، تصمیم‌گیری اخلاقی، کووید 19، مراقبت‌های پایان زندگی.

مقدمه

امروزه به علت گسترش نقش و عملکرد پرستاران در سیستم‌های مراقبتی، اتخاذ تصمیم‌های بغرنج و قبول مسئولیت در این حوزه بیشتر در کانون توجه است (۲۰۱). پرستاران به موازات تحولات ایجادشده در سازمان‌های مراقبتی، از جمله تمرکز بر استانداردسازی و پیشرفت فناوری پزشکی، توجه به حقوق فردی و تغییر در نقش پرستار و پیچیدگی‌های مراقبت‌های بهداشتی، روزانه با چالش‌های اخلاقی بسیاری مواجه می‌شوند (۳ و ۴). ارائه‌ی مراقبت‌های پایان زندگی، حمایت از زندگی بیماران، تخصیص منابع، حقوق بیمار و انجام دستورات پزشک، از جمله مسائل اخلاقی است که پرستاران با آن روبه‌رو می‌شوند (۵ و ۶)؛ لذا با توجه به مواجهه‌ی پرستاران با انواع چالش‌های اخلاقی، ایجاد آمادگی لازم در آن‌ها، برای تصمیم‌گیری اخلاقی ضروری است (۷). پرستاران در تصمیم‌گیری، ضمن رعایت منطق و احساس (۱)، باید حقوق اخلاقی بیماران را نیز در نظر داشته باشند (۸).

عوامل فردی یا بیرونی بسیاری، بر تصمیم‌گیری اخلاقی پرستاران اثر می‌گذارد (۹)؛ برای مثال، کمبود پرسنل، به‌عنوان یکی از محدودیت‌های سازمانی، دانش و تجربه و سابقه‌ی کاری، به‌عنوان عوامل فردی، می‌تواند بر نحوه‌ی تصمیم‌گیری آنان تأثیرگذار باشد (۱۰ و ۱۱). بر اساس نتایج مطالعات پیشین، عواملی از قبیل هوش و توانایی‌های شناختی (۱۲ و ۱۳)، آموزش اصول اخلاق (۱۴) و حساسیت اخلاقی (۱۵) نقش مؤثری بر استدلال و قضاوت اخلاقی پرستاران دارد؛ همچنین نبود ارتباط و همکاری درست بین اعضای تیم درمانی (۱۶) و وجود استرس و تنش اخلاقی در این حرفه، از جمله موانع آنان در تصمیم‌گیری اخلاقی مناسب است (۸). این عوامل، علاوه بر

اثرگذاری منفی بر روابط پرستار و بیمار، می‌تواند کیفیت و کمیت و هزینه‌های درمان را تحت تأثیر قرار دهند (۱۷). مطالعات نشان داده‌اند ناتوانی در استدلال اخلاقی، به پریشانی اخلاقی پرستاران منجر شده و این پریشانی تأثیری مستقیم بر عملکرد آنان داشته است؛ به‌گونه‌ای که حدود ۲۵ درصد پرستاران به این دلیل، خواهان تغییر جایگاه و حرفه‌ی خود بودند (۱۸). استدلال اخلاقی در شرایط پیچیده‌ی بالینی می‌تواند بر فرایند تصمیم‌گیری فرد اثر بگذارد (۱۱)؛ به بیان دیگر، استدلال اخلاقی صحیح و تصمیم‌گیری مناسب، احساس رضایتمندی و اعتماد به نفس پرستاران را افزایش می‌دهد و استدلال اخلاقی و تصمیم‌گیری نادرست، موجب کاهش انگیزه‌ی پرستاران و گاهی تمایل آنان به ترک حرفه می‌شود (۱۹). مطالعات انجام‌شده، نتایجی متفاوت از وضعیت تصمیم‌گیری اخلاقی پرستاران را نشان می‌دهد. در یک مطالعه، میانگین نمره‌ی استدلال اخلاقی پرستاران پایین گزارش شده (۱۱)؛ درحالی‌که در برخی مطالعات، میانگین نمره‌ی استدلال اخلاقی در دانشجویان و پرستاران، در سطحی بالاتر از حد متوسط گزارش شده است (۲۰ و ۲۱).

چالش‌های اخلاقی در محیط کار پرستاران همیشه وجود دارد (۲۲)؛ اما با همه‌گیری بیماری کووید ۱۹، پرستاران با چالش‌های اخلاقی بیشتری روبه‌رو هستند؛ به‌گونه‌ای که ممکن است آن‌ها را تحت فشارهای روحی و روانی قرار دهد (۲۳)؛ چراکه پرستاران، بیشتر در معرض خطر ابتلا به این بیماری هستند و ایمنی آن‌ها اصلی‌ترین نگرانی در این موقعیت است (۲۴). در زمان همه‌گیری کووید ۱۹، عواملی از قبیل کمبود تجربه در مراقبت از مبتلایان به این بیماری، وجود اضطراب و جدیدبودن موقعیت ایجادشده در محیط کار به علت شیوع این

نشان‌دهنده نگرش مطلوب و مثبت پرستاران نسبت به ارائه‌ی مراقبت به بیماران در حال مرگ است که با آگاهی پرستاران از مراقبت پایان زندگی ارتباط دارد (۳۹). مطالعه‌ی برون^۲ و همکاران (۲۰۱۰) نشان داد میان نگرش پرستاران به مراقبت‌های پایان زندگی و ترس آنان از مرگ نیز ارتباط وجود دارد (۴۰). با توجه به مرگ‌ومیر فراوان بیماران مبتلا به کووید ۱۹، ارائه‌ی خدمات مراقبتی-بهداشتی، به‌خصوص مراقبت‌های پایان زندگی دستخوش تغییراتی شده است (۴۱). در این بین، پرستاران ازجمله اعضای تیم درمانی هستند که بیشترین تماس را با این بیماران دارند (۴۲). از سوی دیگر، به علت سرعت سرایت این بیماری و محدودیت‌ها در ملاقات خانواده و اطرافیان، لحظات پایان زندگی برای بیماران مبتلا به کووید ۱۹ با سایر بیماران متفاوت خواهد بود (۴۳).

با توجه به نتایج ضد و نقیض مطالعات درباره‌ی سطح استدلال اخلاقی پرستاران و عوامل مؤثر بر آن و تعداد محدود پژوهش‌های انجام‌گرفته در حیطه‌ی تصمیم‌گیری اخلاقی و نگرش پرستاران به مراقبت‌های پایان زندگی در شرایط خاص مواجهه با بیماری‌های حاد و همه‌گیر، این مطالعه با هدف بررسی سطح تصمیم‌گیری اخلاقی پرستاران و ارتباط آن با نگرش آنان به مراقبت‌های پایان زندگی بیماران کووید ۱۹ در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی استان همدان در سال ۱۳۹۹ انجام شد.

روش کار

مطالعه‌ی حاضر، پژوهشی توصیفی-هم‌بستگی است که در سال ۱۳۹۹ بر روی پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه از بیماران کووید ۱۹ در بیمارستان‌های منتخب (بیمارستان‌های بعثت و فرشچیان و سینا) وابسته به علوم پزشکی استان همدان

بیماری، می‌تواند چالش‌های اخلاقی را بیشتر کند (۲۵). پرستاران در کنار وظایفشان در قبال بیماران، وظیفه‌ی مهم مراقبت از خود و اعضای خانواده‌ی خود را نیز بر عهده دارند؛ ازاین‌رو، پرستاران باید تعادلی بین این دو برقرار کنند. آن‌ها در مراقبت از بیماران مبتلا به کووید ۱۹ و تصمیم‌گیری در مواقع خاص، با دوراهی‌های اخلاقی بسیاری روبه‌رو می‌شوند که آن‌ها را به‌سوی پریشانی اخلاقی و تصمیم‌گیری‌های نادرست در مواقع مختلف سوق می‌دهد (۲۶).

یکی از ابعاد مراقبت، به‌عنوان هسته‌ی مرکزی وظایف پرستاران، ارائه‌ی مراقبت‌های پایان زندگی (EOL)^۱ به بیماران است که پرستاران در خط مقدم مراقبت از این بیماران هستند (۲۷). اگرچه مراقبت پایان زندگی شامل همه‌ی ابعاد جسمی و معنوی می‌شود، مراقبت در این مرحله، بیشتر جنبه‌ی حمایتی دارد و بیمار باید از نظر روحی و روانی نیز حمایت شود (۲۸) و این موضوع پرستاران را با چالش‌های متعددی مواجه می‌کند (۲۹). زیرا علاوه‌بر پاسخ‌گویی به تمام نیازهای بیمار در این مرحله، نباید فراموش کرد که مراقبت پایان زندگی فقط مختص خود بیمار نیست؛ بلکه به خانواده‌ی او نیز باید توجه کرد (۳۰ و ۳۱). نگرش پرستاران به عوامل مختلف ازجمله فرهنگ و تجربه‌ی کاری (۳۲)، سن و حیطه‌ی کاری (۳۳)، اعتقادات، روابط خانوادگی و عوامل اجتماعی از عوامل تاثیرگذار بر انگیزه‌ی آنان در ارائه مراقبت‌های پایان زندگی است (۳۴ و ۳۵). آموزش پرستاران و تجربه‌ی آنان از مراقبت‌های پایان زندگی، می‌تواند بر نگرش و نحوه‌ی ارائه‌ی مراقبت آنان اثرگذار باشد (۳۶ و ۳۷)؛ همچنین درک پرستاران از مراقبت‌های پایان زندگی، منجر به مراقبت صحیح و مطلوب از بیماران در این موقعیت می‌شود (۳۸). نتایج مطالعه‌ی آقایانی و همکاران (۱۳۹۶)

انجام شد. انتخاب مشارکت‌کنندگان با روش نمونه‌گیری در دسترس انجام شد و از بین ۳۰۰ پرستار، ۲۲۰ پرستار واجد شرایط، وارد مطالعه شدند که در نهایت ۱۸۰ نفر از آنان، پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کردند. معیارهای ورود به این مطالعه شامل داشتن حداقل یک سال سابقه‌ی کار، داشتن حداقل مدرک لیسانس، داشتن حداقل شش ماه تجربه‌ی مراقبت از بیماران کرونایی و بیماران در مرحله‌ی پایان زندگی در بخش مراقبت‌های ویژه بود. پژوهشگر پس از کسب مجوز از کمیته‌ی اخلاق دانشگاه علوم پزشکی همدان (IR.UMSHA.REC.1399.815) و مسئولان بیمارستان‌ها، در محل کار پرستاران حاضر شد و پس از توضیح اهداف پژوهش برای شرکت‌کنندگان و گرفتن رضایت کتبی آگاهانه از آن‌ها، پرسش‌نامه‌ها را توزیع کرد؛ همچنین، به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که محرمانگی اطلاعات در تمامی مراحل پژوهش رعایت می‌شود. از آنجاکه برخی مشارکت‌کنندگان تمایل یا وقت لازم را برای تکمیل پرسش‌نامه نداشتند و در زمان پاندمی کووید ۱۹، پژوهشگر در ورود به بخش‌های ویژه محدودیت داشت، لینک الکترونیکی پرسش‌نامه در اختیار پرستاران قرار گرفت و از آن‌ها خواسته شد در زمان مناسب و با دقت کافی به آن پاسخ دهند. با این حال، ۲۵ نفر از مشارکت‌کنندگان از تکمیل پرسش‌نامه امتناع کردند؛ ۱۵ پرسش‌نامه نیز ناقص بودند که کنار گذاشته شدند. تنها ۳۵ نفر از پرستاران، پرسش‌نامه‌ی حضوری را تکمیل کردند و بقیه (۱۴۵ نفر) پاسخ خود را از طریق لینک پرسش‌نامه‌ی الکترونیکی ارسال نمودند.

در این پژوهش، ابزار گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه‌ای

سه‌قسمتی بود؛ بخش اول شامل اطلاعات دموگرافیک پرستاران (سن، جنس، سابقه‌ی کاری، وضعیت استخدام و وضعیت تأهل) بود؛ بخش دوم شامل پرسش‌نامه‌ی نگرش پرستاران نسبت به مراقبت‌های پایان زندگی فروملت (FATCOD)^۱ مشتمل بر ۳۰ گویه بود؛ ۱۵ گویه‌ی آن عبارات‌های مثبت و ۱۵ گویه‌ی دیگر، عبارات‌های منفی بودند (۴۴). نمره‌گذاری هر گویه با استفاده از مقیاس لیکرت پنج‌گزینه‌ای از «کاملاً مخالف» تا «کاملاً موافق» صورت گرفت. در عبارات مثبت، نمره‌ی یک به گزینه‌ی کاملاً مخالف و پنج به گزینه‌ی کاملاً موافق تعلق گرفت؛ اما در امتیازدهی عبارات منفی، نمره‌ی یک به گزینه‌ی کاملاً موافق و نمره‌ی پنج به گزینه‌ی کاملاً مخالف تعلق گرفت. نمره‌ی کل پرسش‌نامه بین ۳۰ تا ۱۵۰ بود که نمره‌ی پایین‌تر از ۹۰، نگرش منفی و نامطلوب و نمره‌ی ۹۰ و بالاتر، نگرش مثبت و مطلوب در نظر گرفته شد (۴۴). روایی این پرسش‌نامه در مطالعه‌ی بیدار فرخ بلاغ و همکاران (۱۳۹۸) تأیید و پایایی آن با روش هم‌بستگی درونی (آلفای کرونباخ)، ۰/۸۲ گزارش شد (۴۵)؛ در مطالعه‌ی دیگر نیز، روایی و پایایی این پرسش‌نامه بررسی شد و پایایی آن با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد (۴۶). با وجود تأییدشدن روایی و پایایی این پرسش‌نامه، در مطالعه‌ی حاضر نیز، ده تن از استادان اخلاق دانشگاه علوم پزشکی همدان، روایی آن را تأیید کردند و برای تأیید پایایی آن، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸ به دست آمد. قسمت سوم شامل پرسش‌نامه‌ی آزمون معمای اخلاق پرستاری (NDT)^۲ بود که بر اساس سطح استدلال اخلاقی کلبرگ^۳ طراحی شده است (۴۷). این پرسش‌نامه از شش سناریوی چالش اخلاقی تشکیل شده است (نوزاد مبتلا به نقص عضو، تجویز اجباری دارو،

مستقل و ANOVA) استفاده شد؛ به طوری که، با استفاده از آزمون‌های توصیفی، فراوانی، میانگین و انحراف معیار متغیرهای دموگرافیک مشارکت‌کنندگان مشخص شد. نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف^۳ و همبستگی بین متغیرهای تصمیم‌گیری اخلاقی و نگرش پرستاران نسبت به مراقبت‌های پایان زندگی با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون انجام گرفت و با استفاده از همبستگی تفکیکی، نقش سایر متغیرها در همبستگی این دو متغیر نیز بررسی شد. از آزمون‌های تی مستقل و ANOVA نیز برای مقایسه‌ی میانگین گروه‌ها استفاده شد.

یافته‌ها

در تحلیل داده‌ها، همه پرسش‌نامه‌ها (۱۸۰ نمونه) بدون هیچ نمونه‌ی اذ دست‌رفته‌ای تحلیل شدند. طبق یافته‌ها، میانگین سن پرستاران $30/66 \pm 5/2$ با دامنه‌ی سنی ۲۳ تا ۵۰ بود. کمترین فراوانی مربوط به دامنه‌ی سنی ۴۰ تا ۵۰ سال (۲/۴ درصد) و بیشترین فراوانی مربوط به ۲۰ تا ۳۰ سال (۵۵/۹ درصد) بود. میانگین سابقه‌ی کاری پرستاران $6/98 \pm 4/72$ سال گزارش شد که حداقل و حداکثر سال سابقه‌ی کاری آنان، به ترتیب ۱ و ۲۱ سال بود. اکثر مشارکت‌کنندگان، مرد (۵۶/۷ درصد) و متأهل (۶۷/۷ درصد) بودند و وضعیت استخدامی اغلب آن‌ها طرح تعهد خدمت (۳۳/۸ درصد) بود. طبق یافته‌ها، بین نمره‌ی تصمیم‌گیری اخلاقی پرستاران (NP) و نگرش آن‌ها نسبت به مراقبت‌های پایان زندگی، رابطه‌ی مثبت و معنادار وجود دارد ($P < 0/05$ و $r = 0/819$)؛ اما بین نگرش پرستاران به مراقبت‌های پایان زندگی با نمره‌ی ملاحظات عملی ($P > 0/05$ و $r = 0/133$) و میزان آشنایی با معضلات اخلاقی آنان ($P > 0/05$ و $r = 0/135$) رابطه‌ی معنادار یافت نشد (نک: جدول

درخواست بیمار برای پایان‌دادن به زندگی خود، ورود پرستار جدید به سیستم، اشتباه دارویی، مراقبت در مراحل انتهایی زندگی) که به دنبال هر سناریو ۳ دسته سوال مطرح شده است: سوالات بخش اول هر سناریو مربوط به واکنش پرستار به صحیح یا غلط بودن تصمیم است؛ بخش دوم، اولویت‌بندی مقوله‌های شش‌گزینه‌ای در هر سناریو است که کمترین و بیشترین نمره برای هر سناریو ۳ و ۱۱ است و با استفاده از نمره‌ی اولویت‌بندی، دو شاخص استدلال اخلاقی (NP)^۱ و ملاحظات عملی (PC)^۲ که میزان اثرگذاری فاکتورهای محیطی بر تصمیم اخلاقی است، تعیین می‌شود؛ بخش سوم هر سناریو مربوط به میزان آشنایی و مواجهه‌ی پرستار با آن سناریو است که نمره‌ی بین ۶ تا ۱۷ نشانه‌ی مواجهه‌ی قبلی با سناریو و نمره‌ی ۱۸ تا ۳۰، نشان‌دهنده‌ی ناآشنایی قبلی پرستار است (۴۷). برهانی و همکاران (۱۳۸۹) در مطالعه‌شان، روایی پرسش‌نامه‌ی آزمون معمای اخلاق پرستاری را تأیید کرده‌اند؛ در بررسی پایایی آن نیز، ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۸۲ به دست آمد (۴۸). در مطالعه‌ی حاضر، با توجه به اینکه دو نمونه از سناریوها (نوزاد با نقص عضو، درخواست برای پایان‌دادن به زندگی) با وضعیت حاد کووید ۱۹ ارتباط مستقیم نداشت، با نظر استادان مربوط به حوزه‌ی اخلاق، حذف و با دو سناریوی تخصیص منابع و ارتباط درمانی جایگزین شد؛ سپس روایی این پرسش‌نامه بر اساس نظر ده تن از اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی همدان بررسی و تأیید شد و پایایی آن با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ، ۰/۸۳ به دست آمد. داده‌ها پس از جمع‌آوری، با نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۶ تجزیه و تحلیل شدند و از آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار) و آمار تحلیلی (آزمون همبستگی پیرسون، آزمون تی

3. Kolmogorov-Smirnov Test

1. NP: Nursing Principled Thinking
2. PC: Practical Considerations

شماره‌ی یک).

طبق نتایج، میانگین نمره NP پرستاران، $39/19 \pm 5/3$ به دست آمد که حداقل و حداکثر نمره‌ی NP، به ترتیب ۲۸ و ۵۱ گزارش شد. میانگین نمره‌ی ملاحظات عملی (PC) پرستاران نیز $20/62 \pm 4/2$ به دست آمد که حداقل و حداکثر نمره‌ی PC، به ترتیب ۱۱ و ۲۷ گزارش شد؛ همچنین، میانگین نمره‌ی میزان مواجهه‌ی پرستاران با موقعیت‌های مشابه $13/57 \pm 3/5$ به دست آمد که نشانه‌ی آشنایی شرکت‌کنندگان با موقعیت‌های ذکر شده است. از طرفی از بین سناریوهای اخلاقی، بیشترین پاسخ صحیح پرستاران ($3/84$)، به سناریوی شماره‌ی پنج (گزارش تجویز اشتباه دارویی) و کمترین پاسخ صحیح ($3/32$)، به سناریوی شماره‌ی چهار (ورود پرستار جدید به سیستم و وظیفه‌ی آشناسازی) اختصاص یافت؛ همچنین اکثر مشارکت‌کنندگان، به مراقبت‌های پایان زندگی از بیماران مبتلا به کووید ۱۹ نگرشی نامطلوب داشتند ($8/51 \pm 7/8$) و حداقل و حداکثر نمره‌ی نگرش نسبت به مراقبت‌های پایان عمر به ترتیب ۶۸ و ۱۱۶ به دست آمد. در بین گویه‌های نگرش به

مراقبت پایان زندگی، بالاترین میانگین نمره، متعلق به گویه‌ی اول (ارائه‌ی مراقبت‌های پرستاری به فرد درحال‌احتضار، تجربه‌ای ارزشمند است) با میانگین $4/4 \pm 1/83$ و کمترین میانگین نمره، متعلق به گویه‌ی هشتم (هنگامی که فرد درحال‌احتضار امید خود را به بهبود از دست می‌دهد، ناراحت می‌شوم) با میانگین $1/06 \pm 1/91$ بود.

نتایج حاصل از ارتباط بین اطلاعات دموگرافیک شرکت‌کنندگان و تصمیم‌گیری اخلاقی آن‌ها نیز نشان داد بین سابقه‌ی کاری پرستاران و تصمیم‌گیری اخلاقی آنان ($P = 0/04$) و $r = -0/301$) رابطه‌ی معنادار و منفی وجود دارد؛ اما بین ملاحظات عملی پرستاران (PC) و سایر ویژگی‌های دموگرافیک آنان، رابطه‌ی معناداری دیده نشد ($P > 0/05$)؛ همچنین، بین میزان آشنایی پاسخ‌دهندگان با موقعیت‌های ذکر شده و سابقه‌ی کاری آن‌ها ارتباطی معنادار وجود دارد ($P = 0/02$ و $r = 0/325$)؛ البته بین نگرش پرستاران به مراقبت‌های پایان زندگی و اطلاعات دموگرافیک آن‌ها رابطه‌ی معناداری یافت نشد ($P > 0/05$) (نک: جدول شماره‌ی دو).

جدول شماره‌ی ۱ - همبستگی میانگین نمره‌ی تصمیم‌گیری اخلاقی و

ملاحظات عملی و نگرش به مراقبت‌های پایان زندگی

متغیر	تصمیم‌گیری اخلاقی (NP)	ملاحظات عملی (PC)	میزان آشنایی با معضلات
	انحراف معیار $\pm$ میانگین	انحراف معیار $\pm$ میانگین	انحراف معیار $\pm$ میانگین
نگرش به مراقبت‌های پایان زندگی	$39/19 \pm 5/3$	$20/62 \pm 4/2$	$13/57 \pm 3/5$

انحراف معیار $\pm$ میانگین	r (P value) *	r (P value) *	r (P value) *
$81/58 \pm 7/8$	$0/119$ ($0/03$)	$0/133$ ($0/161$)	$0/135$ ($0/127$)

* همبستگی پیرسون

جدول شماره ۲- فراوانی، میانگین و انحراف معیار و آماره‌ی نمره‌ی تصمیم‌گیری اخلاقی و ملاحظات عملی و نگرش به مراقبت‌های پایان زندگی در مقایسه با ویژگی‌های دموگرافیک شرکت‌کنندگان

متغیرهای پرسش‌نامه		تصمیم‌گیری اخلاقی		ملاحظات عملی		نگرش به مراقبت‌های پایان زندگی	
متغیرهای دموگرافیک (فراوانی)		میانگین (انحراف معیار)		میانگین (انحراف معیار)		میانگین (انحراف معیار)	
جنس	مرد	۵۶/۷	۲۸/۶۸ (۵/۵۴)	Pvalue	۲۰/۶۴ (۴/۷۸)	۸۲/۴۹ (۷/۹)	Pvalue
	زن	۴۳/۳	۳۹/۸۷ (۵/۱۳)	۰/۲۱۷	۲۰/۶۲ (۳/۴۲)	۸۰/۳۸ (۹/۷۴)	۰/۱۱۴
وضعیت تأهل	مجرد	۴۳/۴	۴۱/۶۳ (۴/۹۹)	۰/۳۴	۲۰/۴۴ (۴/۳۸)	۸۰/۲۸ (۹/۳۳)	۰/۱۸
	متاهل	۵۶/۶	۳۸/۰۳ (۵/۱۹)		۲۰/۷۲ (۴/۱۸)	۸۲/۲ (۸/۴)	
	یک تا پنج سال	۵۲	۴۰/۶۱ (۵/۵۴)		۱۹/۷۷ (۴/۶۴)	۸۲ (۹/۰۸)	
سابقه‌ی کاری	شش تا ده سال	۲۷/۶	۳۸/۵۱ (۵/۳۷)	۰/۰۴	۲۱/۶ (۳/۲۷)	۸۱/۴۳ (۸/۳۹)	۰/۴۴۸
	بیش از ده سال	۲۰/۴	۳۶/۵۴ (۳/۶۵)		۲۱/۵ (۳/۹۸)	۸۰/۷۸ (۸/۸۱)	
	بیش از سی سال	۵۵/۹	۴۰/۱۱ (۵/۶۸)		۲۰/۲۳ (۴/۴۵)	۸۱/۶۶ (۸/۹۴)	
سن	بیش از سی سال	۴۴/۱	۳۸/۰۴ (۴/۷۷)	۰/۳	۲۱/۱۴ (۳/۹۲)	۸۱/۴۷ (۸/۶۸)	۰/۸۹
	بیش از سی سال	۴۴/۱	۳۸/۰۴ (۴/۷۷)		۲۱/۱۴ (۳/۹۲)	۸۱/۴۷ (۸/۶۸)	

بحث و بررسی یافته‌ها

نیز بهبود می‌یابد. نتایج نشان دادند نگرش پرستاران، در نحوه‌ی تصمیم‌گیری آن‌ها در وضعیت پایان زندگی بیماران، تأثیری چشمگیر دارد (۴۹). نمره‌ی سطح استدلال اخلاقی در مطالعه‌ی کوهی و همکاران (۱۳۹۵)، ۴۰/۸۱ گزارش شده که نزدیک به مطالعه‌ی حاضر است (۱۱)؛ درحالی‌که فضل‌جو و همکاران (۱۳۹۵) نمره‌ی استدلال اخلاقی را در سطح بالاتر از متوسط (۴۴/۱) گزارش کرده‌اند (۲۱)؛ همچنین، بنابر نتایج مطالعه‌ی سريت و دينک^۱ (۲۰۱۳) وضعیت تصمیم‌گیری اخلاقی ۲۲۵

نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد میانگین نمره‌ی تصمیم‌گیری اخلاقی (۳۹/۱۹) و نگرش به مراقبت پایان زندگی (۸۱/۵۸) در پرستاران، پایین‌تر از حد متوسط است و بین تصمیم‌گیری اخلاقی پرستاران و نگرششان به مراقبت‌های پایان زندگی، ارتباطی مثبت و معنادار وجود دارد؛ به‌نحوی‌که هرچه سطح تصمیم‌گیری اخلاقی پرستاران افزایش می‌یابد، نگرش آن‌ها نسبت به مراقبت‌های پایان زندگی از بیماران مبتلا به کووید ۱۹

1. Cerit & Dinc

پرستار بیمارستان‌های ترکیه، در سطحی مطلوب قرار داشته است (۵۰)؛ این موضوع می‌تواند متأثر از تفاوت‌های فرهنگی، فردی و عوامل سازمانی باشد. به نظر می‌رسد موقعیت‌های خاص و بحرانی مانند مواجهه با پاندمی نیز، روی نگرش پرستاران اثرگذار است؛ به‌طوری‌که در مطالعه‌ی حاضر، نگرش پرستاران نسبت به مراقبت‌های پایان زندگی در سطحی نامطلوب بود. همسو با این موضوع، حاجیلو و ترابی (۱۴۰۰) به این موضوع اشاره داشته‌اند که عواملی از قبیل فشار کاری فراوان، دسترسی نداشتن به واکسن و ترس از ابتلا به کووید ۱۹ می‌تواند بر درک نامطلوب پرستاران از مراقبت‌های بهبودی در پایان زندگی بیماران مبتلا به کووید ۱۹ مؤثر باشد (۵۱).

نتایج به‌دست‌آمده از میانگین نمره‌ی ملاحظات عملی (PC) پرستاران در این مطالعه نشان داد که آن‌ها در روند تصمیم‌گیری به‌طور نسبی تحت تأثیر عوامل محیطی قرار می‌گیرند که با نتایج سایر مطالعات همخوانی دارد (۵۲ و ۱). بایسال^۱ و همکاران (۲۰۱۹) نیز که به بررسی سطح تصمیم‌گیری اخلاقی پرستاران بخش آنکولوژی پرداخته‌اند، تعداد بیماران، میزان منابع موجود، سیاست‌های نهادی و میزان درک پرستاران از حمایت‌های ارائه‌شده توسط دولت را از عوامل محیطی اثرگذار بر تصمیم‌گیری اخلاقی پرستاران گزارش کرده‌اند (۵۳). امیری و همکاران (۱۳۹۶) در مطالعه‌ی خود بیان کرده‌اند، اگرچه پرستاران در نحوه‌ی تصمیم‌گیری خود به تفکرات اخلاقی توجه می‌کنند، در عمل، عوامل محیطی و قوانین سازمانی بر استدلال اخلاقی آن‌ها تأثیر می‌گذارد (۵۴).

نتیجه‌ی پژوهش حاضر و سایر مطالعات در زمینه‌ی اثرپذیری تصمیم‌گیری اخلاقی پرستاران از عوامل محیطی، حاکی از آن است که شرایط بیماران و عوامل سازمانی

(دسترسی به منابع، تخصیص عادلانه‌ی منابع، فشار کاری، جو سازمانی) می‌تواند در تصمیم‌گیری کارکنان مؤثر باشد و این موضوع می‌تواند در کانون توجه مدیران و مسئولان قرار گیرد. یافته‌ها نشان داده‌اند پرستاران با اغلب چالش‌های اخلاقی آشنا و با آن مواجه شده‌اند که این موضوع با نتایج سایر مطالعات نیز همخوانی دارد (۵۰)؛ از طرفی، علی‌رغم آشنایی قبلی پرستاران با چالش‌های ذکرشده، نمره‌ی تصمیم‌گیری اخلاقی آن‌ها در سطحی پایین گزارش شد که نشان می‌دهد بین آشنایی قبلی پرستاران با چالش‌های ذکر شده و استدلال اخلاقی آن‌ها رابطه‌ی معنادار وجود ندارد و با افزایش میزان آشنایی پرستاران با معضلات ذکرشده، توانایی تصمیم‌گیری اخلاقی افزایش نمی‌یابد که این یافته‌ها با مطالعه‌ی برهانی و همکاران (۱۳۸۹) همسوست. آن‌ها در مطالعه‌ی خود اظهار داشته‌اند، ممکن است کم‌بودن نمره‌ی استدلال اخلاقی پرستاران و آگاهی اندک آنان از چالش‌های اخلاقی، علت این بی‌ارتباطی بوده باشد (۵۵). اگرچه، نتایج برخی مطالعات نشان داد آشنایی با چالش‌های ذکرشده می‌تواند به پرستاران در حل مشکلات اخلاقی و کسب توانایی تصمیم‌گیری اخلاقی کمک کند (۵۰ و ۱). در مطالعه‌ی حاضر، با توجه به متفاوت‌بودن برخی سناریوها (عدالت در تخصیص منابع) و عواملی از قبیل تجارب و آگاهی کمتر پرستاران، مواجهه با میزان ابتلا و مرگ‌ومیر چشمگیر بیماران کووید ۱۹ در همه‌ی رده‌های سنی، در مقایسه با سایر مطالعاتی که بیشتر مربوط به بیماری‌های مزمن بوده است، روی تصمیم‌گیری اخلاقی و نگرش پرستاران به مراقبت از بیماران اثر گذاشته است.

مطالعات نشان داده‌اند که ارائه‌ی مراقبت‌های پایان زندگی (EOL) ازجمله معضلات اخلاقی است که پرستاران با آن

و تلفات بسیار بالای بیماران را مؤثر می‌داند. نتایج مطالعه‌ی حاضر، حاکی از وجود ارتباط معکوس بین سطح تصمیم‌گیری اخلاقی و سابقه‌ی کاری پرستاران است که با نتایج مطالعه‌ی رژه و همکاران (۱۳۹۳) همخوانی دارد (۵۹). در مطالعه‌ی دیگر نیز، شیفت‌های کاری شلوغ، فرسودگی شغلی، نارضایتی شغلی و محیط کار پرتنش و استرس‌زا، علت این ارتباط معکوس دانسته شده است که منجر به کاهش انگیزه‌ی پرستاران نسبت به چالش‌های اخلاقی بالینی می‌شود (۱۱)؛ اگرچه بنا بر برخی مطالعات، بین سال‌های تجربه و نمره‌ی استدلال اخلاقی رابطه‌ی معنادار مثبت وجود دارد و با افزایش سابقه‌ی کاری، سطح استدلال اخلاقی پرستاران نیز بهتر خواهد بود (۵۵). نتایج نشان داده است، پرستاران باتجربه در مقایسه با دانشجویان، بیشتر تحت تأثیر عوامل محیطی و قوانین سازمانی هستند و بیشتر به اهداف سازمانی توجه دارند و خود را درگیر تصمیم‌گیری اخلاقی سطح بالا نمی‌کنند (۷). در پژوهش حاضر نیز، می‌توان رابطه‌ی معکوس سابقه‌ی کاری و استدلال اخلاقی را با عوامل سازمانی و مدیریتی، فاصله‌گرفتن از دوره‌های آموزشی، عادی‌شدن برخی موضوعات اخلاقی، باورهای فرهنگی و مذهبی پرستاران، موقعیت خاص بیماران، قدرت سرایت این ویروس همه‌گیر، مراقبت با حداقل ارتباط درمانی مربوط به تجهیزات محافظت فردی و پیشگیری از ابتلا به بیماری، مرتبط دانست؛ همچنین، یافته‌ها نشان داد بین نگرش پرستاران به مراقبت‌های پایان زندگی با جنس و وضعیت تأهل آنان رابطه‌ی معنادار وجود ندارد که این یافته‌ها با نتایج حاصل از برخی پژوهش‌ها همخوانی دارد (۶۲ تا ۶۰).

به‌طور کلی، می‌توان گفت عوامل متعددی بر تصمیم‌گیری اخلاقی پرستاران و نگرش آنان به مراقبت‌های پایان زندگی از

مواجه هستند (۵۶ و ۵۷). یافته‌های پژوهش حاضر حاکی از کم‌بودن نمره‌ی میانگین سطح نگرش پرستاران نسبت به مراقبت‌های پایان زندگی (۸۱/۵۸) از بیماران کووید ۱۹ بود؛ درحالی‌که، میرحسین آقایی و همکاران (۱۳۹۶) در بررسی آگاهی و نگرش پرستاران به مراقبت‌های پایان زندگی، نشان داده‌اند علی‌رغم آنکه اغلب پرستاران در یک سال گذشته، سابقه‌ی کمتر از سه مورد مراقبت از بیماران در مرحله‌ی آخر را داشته‌اند، نسبت به مراقبت پایان زندگی نگرش مثبت داشته‌اند و بین میزان آگاهی پرستاران و نگرش آن‌ها به مراقبت‌های پایان زندگی، ارتباط معکوس وجود داشت (۳۹). از سوی دیگر، حسین^۱ و همکاران (۲۰۱۸)، میانگین نمره‌ی نگرش پرستاران را به مراقبت‌های پایان زندگی، در سطحی پایین گزارش نموده‌اند که نبود دوره‌های آموزشی را علت آن دانسته‌اند (۵۷)؛ همچنین، مطابق با نتایج مطالعه‌ای دیگر که به بررسی نگرش پرستاران به مراقبت از سالمندان در مراحل پایان زندگی پرداخت، نگرش پرستاران به این مراقبت‌ها نامطلوب و منفی می‌باشد که محدودبودن جامعه‌ی پژوهش سالمندان را علت آن دانسته‌اند (۴۵). عتفا^۲ و همکاران (۲۰۲۰) در مطالعه‌ی خود بیان کرده‌اند، تفاوت در میانگین نمره‌ی نگرش پرستاران به مراقبت‌های پایان زندگی بیماران می‌تواند مربوط به تفاوت در باورها و فرهنگ‌های آن‌ها باشد (۵۸). طبق مطالعات، نتایج متناقض ذکرشده در زمینه‌ی نگرش پرستاران به مراقبت پایان زندگی، می‌تواند با تفاوت در آگاهی پرستاران، ویژگی‌های فردی آن‌ها، موقعیت خاص بیمار و تفاوت‌های فرهنگی ارتباط داشته باشد؛ مطالعه‌ی حاضر، علاوه بر موارد ذکرشده، کمبود آگاهی پرستاران از موضوعات اخلاقی در وضعیت پاندمیک، حادبودن شرایط بیماران، پیش‌آگهی بد بیماران با درگیری ریوی

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه‌ی حاضر حاکی از پایین‌بودن سطح تصمیم‌گیری اخلاقی پرستاران و نگرش نامطلوب آن‌ها به مراقبت‌های پایان زندگی در بیماران مبتلا به کووید ۱۹ بود که همین موضوع بر ضرورت تقویت استدلال اخلاقی پرستاران و نگرش آن‌ها به مراقبت‌های پایان زندگی این بیماران تأکید دارد. از آنجاکه یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد بین تصمیم‌گیری اخلاقی پرستاران و نگرش آنان به مراقبت‌های پایان زندگی بیماران ارتباط معنادار و مثبتی وجود دارد، پایین‌بودن نمره‌ی تصمیم‌گیری اخلاقی می‌تواند اثرات جبران‌ناپذیری بر ارائه‌ی مراقبت‌های پایان زندگی به بیمار داشته باشد؛ درحالی‌که برای ارائه‌ی رفتارهای مراقبتی در مراحل پایانی زندگی بیماران مبتلا به کووید ۱۹، وجود سطحی مناسب از تصمیم‌گیری اخلاقی ضروری است؛ چراکه بیماران مبتلا به کووید ۱۹ که مراحل پایانی زندگی خود را سپری می‌کنند، به علت سرایت‌پذیری سریع بیماری، در مقایسه با سایر بیماران، با محدودیت‌های بیشتری ازجمله ملاقات نکردن خانواده و اطرافیان خود روبه‌رو هستند. در حقیقت، بهبود هر دو متغیر، منجر به ارائه‌ی خدمات باکیفیت‌تر به این بیماران می‌شود. عوامل بسیاری از قبیل فشار کاری زیاد، تعداد فراوان بیماران، محدودیت منابع و ترس از ابتلا به این بیماری می‌تواند از علل پایین‌بودن نمره‌ی این دو متغیر باشد؛ اما شناسایی عوامل ضعف تصمیم‌گیری اخلاقی و نگرش نامطلوب پرستاران به مراقبت‌های پایان زندگی در بیماران مبتلا به کووید ۱۹، نیازمند بررسی‌های بیشتر و دقیق‌تر است؛ لذا توصیه می‌شود برای شناسایی این عوامل، مطالعات کیفی و کمی بیشتری در این باره صورت گیرد؛ همچنین می‌توان با برگزاری دوره‌های آموزشی در حیطه‌ی اخلاق و مراقبت‌های پایان زندگی در مواجهه با یک پاندمی، به ارتقاء رفتارهای

بیماران اثرگذار است؛ عوامل سازمانی، عوامل فردی و محیطی، وضعیت بیماران و بحران امنیت جسمی و عاطفی که پرستاران با آن مواجه می‌شوند، برخی از این عوامل هستند. در وضعیت شیوع پاندمی، عواملی گوناگون از قبیل تخصیص منابع، ناکافی‌بودن تجهیزات حفاظتی شخصی، کمبود پرسنل درمانی، تعداد بسیار بیماران و حفظ تعادل بین محافظت از خود و خانواده‌ی خود و بیماران می‌تواند در تصمیم‌گیری پرستاران برای نحوه‌ی مراقبت از بیماران مبتلا به کووید ۱۹ در مراحل پایان زندگی چالش‌های اخلاقی ایجاد کند؛ به بیان دیگر، عوامل پیش‌گفته، پرستاران را بر سر دوراهی‌های اخلاقی بسیاری قرار داده و بر رفتارهای اخلاقی آن‌ها تأثیر می‌گذارد. کم‌بودن نمره‌ی تصمیم‌گیری اخلاقی پرستاران در مواقع بحرانی و نگرش نامطلوب آن‌ها به مراقبت‌های پایان عمر، زنگ خطری است برای مدیران پرستاری و مسئولان بیمارستان تا به افزایش توانمندی پرستاران در تصمیم‌گیری اخلاقی در وضعیت‌های خاص و اجرای مراقبت اخلاقی از بیماران در مرحله‌ی آخر توجهی ویژه داشته باشند.

ازجمله محدودیت‌های این پژوهش، همکاری اندک پرستاران برای شرکت در پژوهش بود که با تهیه‌کردن نسخه‌ی الکترونیکی پرسش‌نامه و قراردادن آن در اختیار پرستاران، تا حدودی خلأ مشارکت حضوری آن‌ها جبران شد. انتخاب مشارکت‌کنندگان با روش نمونه‌گیری دردسترس، کم‌بودن حجم نمونه و محدودبودن جامعه‌ی پژوهشی به پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه‌ی بیماران کووید ۱۹ در بیمارستان، از دیگر محدودیت‌های این مطالعه بود که می‌تواند بر روی تعمیم نتایج تأثیر بگذارد؛ بنابراین، انجام این پژوهش در زمانی دیگر با حجم نمونه‌ی بالاتر و با روش نمونه‌گیری تصادفی، به سایر پژوهشگران توصیه می‌شود.

اخلاقی و مراقبتی پرستاران یاری رساند. نتایج مطالعه‌ی حاضر می‌تواند در توجه بیشتر به برنامه ریزی‌های دقیق و منظم برای ارائه‌ی آموزش‌های اخلاق حرفه‌ای به منظور ارتقاء تصمیم‌گیری اخلاقی پرستاران و نگرش آن‌ها به مراقبت‌های پایان زندگی از بیماران، مؤثر باشد.

تشکر و قدردانی

از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی همدان، به علت حمایت مالی از این پژوهش، در قالب شماره طرح ۹۹۱۱۰۷۷۷۴۱ تشکر می‌کنیم؛ همچنین از تمامی پرستارانی که در اجرای این پژوهش همکاری صمیمانه داشتند، نهایت تشکر و قدردانی را داریم.

تعارض منافع

نویسندگان این مقاله اذعان می‌دارند که هیچ‌گونه تضاد منافع‌ی وجود ندارد.

منابع

1. Rizalar S, Baltaci N. Ethical decision-making levels of nurses and it's affecting factors. *International Journal of Caring Sciences* 2020;13(1):42-52.
2. Weaver K, Morse J, Mitcham C. Ethical sensitivity in professional practice: concept analysis. *Journal of advanced nursing* 2008; 62(5): 607-618.
3. Goldman A, Tabak N. Perception of ethical climate and its relationship to nurses' demographic characteristics and job satisfaction. *Nursing Ethics* 2010;17(2):233-246.
4. Sari D, Baysal E, Celik GG, Eser I. Ethical decision making levels of nursing students. *Pakistan journal of medical sciences* 2018;34(3):724-729.
5. Gul S, Asiret G, Kahraman B, Devrez N, Buken N. Investigating ethical decision-making levels of nursing students who did and did not take ethics courses. *HEMAR-G* 2013;1:23-31.
6. Mallari MG, Tariman JD. Ethical frameworks for decision-making in nursing practice and research: an integrative literature review. *J Nurs Pract Appl Rev Res* 2016;7(1):50-57.
7. Zirak M, Moghaddsiyan S, Abdollahzadeh F, Rahmani A. Moral development of nursing students of Tabriz University of Medical Sciences. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine* 2011;4(4):45-55. [in persian]
8. Ebrahimi H, Nikravesh M, Oskouie F, Ahmadi F. Stress: Major reaction of nurses to the context of ethical decision making. *Razi Journal of Medical Sciences* 2007;14(54):7-15. [in persian]
9. Nora CR, Deodato S, Vieira MM, Zoboli EL. Elements and strategies for ethical decision-making in nursing. *Texto & Contexto-Enfermagem* 2016;25(2).
10. Barlem EL, Lunardi VL, Lunardi GL, Tomaschewski-Barlem JG, Almeida AS, Hirsch CD. Psychometric characteristics of the Moral Distress Scale in Brazilian nursing professionals. *Texto & Contexto-Enfermagem* 2014;23(3):563-572.
11. Koohi A, Khaghanizade M, Ebadi A. The relationship between ethical reasoning and demographic characteristics of nurses. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine* 2016; 9(1): 26-36. [in persian]
12. Stams GJ, Brugman D, Deković M, Van Rosmalen L, Van Der Laan P, Gibbs JC. The moral judgment of juvenile delinquents: A meta-analysis. *Journal of abnormal child psychology* 2006; 34(5): 692-708.
13. Kaufman SB, DeYoung CG, Reis DL, Gray JR. General intelligence predicts reasoning ability even for evolutionarily familiar content. *Intelligence* 2011; 39(5): 311-322.
14. Mohamadi J, Azizi A. Effectiveness of nursing ethics education on ethical reasoning nurses. *Iran Journal of Nursing* 2015; 28(96): 50-57. [in persian]
15. Kim YS, Park JW, You MA, Seo YS, Han SS. Sensitivity to ethical issues confronted by Korean hospital staff nurses. *Nursing ethics* 2005; 12(6): 595-605.
16. Tsaloglidou A, Rammos K, Kiriklidis K, Zourladani A, Matziari C. Nurses' ethical decision-making role in artificial nutritional support. *British journal of nursing* 2007; 16(16): 996-1001.
17. Ulrich CM, Taylor C, Soeken K, O'Donnell P, Farrar A, Danis M, et al. Everyday ethics: ethical issues and stress in nursing practice. *Journal of advanced nursing* 2010; 66(11): 2510-2519.
18. Corley MC. Moral distress of critical care nurses. *American journal of critical care: an official publication, American Association of Critical-Care Nurses* 1995; 4(4): 280-285.
19. Borhani F, Abbaszadeh A, Kohan M, Fazel MA. Nurses and nursing students' ethical reasoning in facing with dilemmas: a comparative study. *Iranian journal of Medical Ethics and History of Medicine* 2010;3(4):71-81. [in persian]
20. Badri Gargari RG, Mahmoodi F, Soltani N, Laripour R. Investigating and comparison the ethical reasoning level of nursing students Aja University of Medical Sciences with nurses

working in one of their affiliated hospitals. *Military Caring Sciences* 2020; 7(1): 46-52. [in persian]

21. Fazljoo E, Borhani F, Abbaszadeh A, Dadgari A. Assessment of moral reasoning ability of the nurses in dealing with moral dilemmas. *Medical Ethics Journal* 2016; 10(36): 47-54. [in persian]

22. Rushton CH. Moral resilience: a capacity for navigating moral distress in critical care. *AACN advanced critical care* 2016; 27(1): 111-119.

23. Jia Y, Chen O, Xiao Z, Xiao J, Bian J, Jia H. Nurses' ethical challenges caring for people with COVID-19: A qualitative study. *Nurs ethics* 2020; 28: 33-45.

24. Morley G, Grady C, McCarthy J, Ulrich CM. Covid-19: ethical challenges for nurses. *Hastings Center Report* 2020; 50(3): 35-39.

25. Peter E, Liaschenko J. Moral distress reexamined: a feminist interpretation of nurses' identities, relationships, and responsibilities. *Journal of bioethical inquiry* 2013; 10(3): 337-345.

26. McKenna H. Covid-19: Ethical issues for nurses. *International Journal of Nursing Studies* 2020; 110: 103673.

27. Cevik B, Kav S. Attitudes and experiences of nurses toward death and caring for dying patients in Turkey. *Cancer nursing* 2013; 36(6): 58-65.

28. White KR, Coyne PJ, Patel UB. Are nurses adequately prepared for end-of-life care? *Journal of Nursing Scholarship* 2001; 33(2): 147-151.

29. Aghdam AM, Aghaei MH, Hassankhani H, Rahmani A. Awareness and attitude of nurses in regard to providing hospice care. *Asian Pac J Cancer Prev* 2015; 16(16): 6940-6945.

30. Brinkman-Stoppelenburg A, Rietjens JA, Van der Heide A. The effects of advance care planning on end-of-life care: a systematic review. *Palliative medicine* 2014; 28(8): 1000-1025.

31. Fairbrother CA, Paice JA. Life's final journey: the oncology nurse's role. *Clinical journal of oncology nursing* 2005; 9(5): 575.

32. Zheng RS, Guo QH, Dong FQ, Owens RG. Chinese oncology nurses' experience on caring for dying patients who are on their final days: A qualitative study. *International journal of nursing studies* 2015; 52(1): 288-296.

33. Khader K. The effectiveness of an educational program on Jordanian nurses' attitudes toward caring for dying patients [Unpublished doctoral dissertation]. Amman. The University of Jordan; 2010.

34. Wright V, Prasun MA, Hilgenberg C. Why is end-of-life care delivery sporadic?: A quantitative look at the barriers to and facilitators of providing end-of-life care in the neonatal intensive care unit. *Advances in Neonatal Care* 2011; 11(1): 29-36.

35. De Lisle-Porter M, Podruchny AM. The dying neonate: family-centered end-of-life care. *Neonatal Network* 2009; 28(2): 75-83.

36. Beckstrand RL, Kirchhoff KT. Providing end-of-life care to patients: critical care nurses' perceived obstacles and supportive behaviors. *American Journal of Critical Care* 2005; 14(5): 395-403.

37. Zargham-Boroujeni A, Bagheri SH, Kalantari M, Talakoob S, Samooai F. Effect of end-of-life care education on the attitudes of nurses in infants' and children's wards. *Iranian journal of nursing and midwifery research* 2011; 16(1): 93-99.

38. Hebert K, Moore H, Rooney J. The nurse advocate in end-of-life care. *Ochsner Journal* 2011; 11(4): 325-329.

39. Aghaei M, Mohajjel Aghdam A, Bodaghi S, Azami Agdash S. Knowledge and attitude of nurses toward caring for end of life patients. *Iran Journal of Nursing* 2017; 30(107): 74-82. [in persian]

40. Braun M, Gordon D, Uziely B. Associations between oncology nurses' attitudes toward death and caring for dying patients. *Oncology nursing society* 2010; 37(1): 43-49.

41. Kusmaul N. COVID-19 and nursing home residents' rights. *Journal of the American Medical Directors Association* 2020 Oct; 21(10):1389-1390.

42. Shanafelt T, Ripp J, Trockel M. Understanding and addressing sources of anxiety among health care professionals during the COVID-19 pandemic. *Jama* 2020; 323(21): 2133-2134.

43. Wakam GK, Montgomery JR, Biesterveld BE, Brown CS. Not dying alone—modern compassionate care in the Covid-19 pandemic.

- New England Journal of Medicine 2020; 382(24): 88.
44. Frommelt KH. The effects of death education on nurses' attitudes toward caring for terminally ill persons and their families. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®* 1991; 8(5): 37-43.
45. Najafabad I. The Relationship between Quality of Care and Attitude of Nurses Toward Quality of end of life care for elderly with cancer. *Iranian Journal of Cancer Care (IJCA) Original Article* 2021;1(4). [in persian]
46. A'la MZ, Farikhah Z, Hakam M. Nurses' attitude toward end of life care in emergency departement and intensive care unit in rural hospital. *IJNP (Indonesian Journal of Nursing Practices)* 2020 July 22; 4(1): 14-20.
47. Crisham P. Measuring moral judgment in nursing dilemmas. *Nursing Research* 1981; 30(2): 104-110.
48. Borhani F, Fazljoo S, Abbaszadeh A. Moral reasoning ability in nursing students of Shahid Sadoughi university of medical sciences. *Iran Journal of nursing* 2014;27(90): 102-109. [in persian]
49. Razeq NM. End-of-life decisions at neonatal intensive care units: Jordanian nurses attitudes and viewpoints of who, when, and how. *Journal of pediatric nursing* 2019; 44: 36-44.
50. Cerit B, Dinç L. Ethical decision-making and professional behaviour among nurses: a correlational study. *Nursing ethics* 2013; 20(2): 200-212.
51. Hajiloo P, Torabi M. The Relationship between moral sensitivity and nurses' perception of futile care in patients with Covid-19. *Medical Ethics Journal* 2021; 14(45): 1-16. [in persian]
52. Ham KL. A comparison of ethical reasoning abilities of senior baccalaureate nursing students and experienced nurses. The University of Memphis [Unpublished doctoral dissertation] 2002.
53. Baysal E, Sari D, Erdem H. Ethical decision-making levels of oncology nurses. *Nursing ethics* 2018; 26(7-8): 2204-2212.
54. Amiri R, Gaeeni M, Ahmari H, Momenyan S. The Relationship between moral reasoning and the caring behavior of nurses in emergency departments of Qom, 2015. *Iranian Journal of Emergency Care* 2017; 1(3): 1-10. [in persian]
55. Borhani F, Abbaszadeh A, Kohan M, Fazael MA. Nurses and nursing students' ethical reasoning in facing with dilemmas: a comparative study. *Iranian journal of medical ethics and history of medicine* 2010; 3(4): 71-81. [in persian]
56. Elçigil A, Bahar Z, Beşer A, Mirzak B, Bahçelioğlu D, Demirtaş D. Ethical dilemmas which are faced by nurses. *Journal of Anatolian Nursing and Health Sciences* 2011;14(2):52-60.
57. Hussin EO, Wong LP, Chong MC, Subramanian P. Factors associated with nurses' perceptions about quality of end-of-life care. *International nursing review* 2018;65(2):200-208.
58. Etafa W, Wakuma B, Fetensa G, Tsegaye R, Abdisa E, Oluma A. et al. Nurses' knowledge about palliative care and attitude towards end-of-life care in public hospitals in Wollega zones: A multicenter cross-sectional study. *PloS one* 2020; 15(10).
59. Rejeh N, Heravi KM, Borhani F, Khatooni A, Zirak M. Master of science nursing students' reasoning abilities in Tehran medical science universities in dealing with ethical dilemmas. *Med Ethics J* 2014; 8(28): 143-165. [in persian]
60. Hojjati H, , Arazi S, Mozafari N. et al. Attitude of nurses to end-life care in social security hospitals in Golestan province. *J Educ Ethics Nurs* 2015; 4(4): 17-23. [in persian]
61. Khanjari S, Fathi Z, Haghani H. Nurses' attitude towards end-of-life care in neonatal intensive care units. *Journal of Pediatric Nursing*. 2019; 6(1):31-38. [in persian]
62. Al Qadire M. Jordanian Student Nurses' Attitudes towards the care of dying patients. *OMEGA - Journal of Death and Dying* 2020; 1-13.

Original Article

Evaluating the Level of Ethical Decision Making of Nurses and Its Relationship with the Attitudes of End-Of-Life Care of Patients with COVID-19

Mohammad Torabi¹, Mahsa Eslamipناه^{*2},

1. Assistant professor, Nursing department, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

2. Operating Room Undergraduate Student, Faculty of Nahavand Paramedical Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

Received: 14 May 2021

Accepted: 11 September 2021

Published: 4 January 2022

***Corresponding Author**

Mahsa Eslamipناه

Address: University of Medical Sciences,
Hamadan, Iran

Postal Code : 6517838678

Tel: (+98) 09384866228

Email: Mah.eslamipناه78@gmail.com

Citation to this article:

Torabi M, Eslamipناه M., Evaluating the level of ethical decision making of nurses and its relationship with the attitudes of end-of-life care of patients with COVID-19. *Medical Ethics and History of Medicine*. 2021; 14: 333-347.

Abstract

Nurses are among the members of the treatment team who have the most contact with Corona Virus Disease- 2019 (COVID-19) patients and their ethical decision-making is inevitable during patient care. On the other hand, nurses' motivation to implement end-of-life care is influenced by their attitude, awareness, and moral reasoning. The aim of this study was to investigate the level of ethical decision making of nurses and its relationship with the attitudes of end-of-life care of patients with COVID-19 in hospitals affiliated to Hamadan University of Medical Sciences in 2021. In this study, 180 nurses working in hospitals affiliated to Hamadan University of Medical Sciences were selected by convenience sampling method. Data collection tools included: demographic Information questionnaire, Nursing Dilemma Test (NDT) questionnaire, and Frommelt Attitudes towards End-of-Life Care questionnaire. According to the results, there is a direct relationship between nurses' ethical decisions and the attitude of end-of-life care (<0.05 , $r=0.819$). The mean score of nurses' ethical decision-making indicates the low level of ethical decision-making (39.19 (5.3)) and the mean score of nurses' practical considerations (20.62(4.2)) showed that the process of nurses' ethical decision-making is relatively influenced by environmental factors. Also, the average score of nurses' exposure to moral challenges indicates that nurses are familiar with similar situations. The mean score of nurses' attitudes toward end-of-life care was reported at an undesirable level (81.58(7.8)). According to the results, by identifying the factors affecting nurses' ethical decision-making and educational planning to improve their decision-making level, it is possible to improve the quality of patients care while improving nurses' attitudes toward end-of-life care.

Keywords: Nurse, Ethical decision-making, COVID-19, End of life care.

