Development Strategies in Medical Education

Autumn 2024. Vol 11. Issue 3

Downloaded from dsme.hums.ac.ir at 23:54 +0330 on Monday November 9th 2026

Research Article

Attitudes of nurses, specialists, and medical students regarding the order to not resuscitate during the COVID-19 pandemic at Jahrom University of Medical Sciences

Hossein Hakimelahi[1] , Shahram Shafa[2] , * Mojtaba Ghaedi[3] , Zohre Rajabpour[2] , Negin Zare[2] , Sobhan Mehrafshan[2] , Navid Kalani[2]

1. Assistant Professor of Urology, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran.
2. Assistant Professor of Orthopaedics, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran.
3. Assistant Professor of Surgery, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran.
4. Student Research Committee, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran
5. Medical Ethic Research Center, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran.

Use your device to scan and read the article online

Citation: Hakimelahi H, Shafa S, Ghaedi M, Rajabpour Z, Zare N, Mehrafshan S, Kalani N. Attitudes of nurses, specialists, and medical students regarding the order to not resuscitate during the COVID-19 pandemic at Jahrom University of Medical Sciences. Development Strategies in Medical Education. 2024; 11(3):291-304. [In Persian]

Article Info:
Received: 29 Sep 2024
Accepted: 20 Nov 2024
Available Online: 20 Dec 2024

Key Words:
Do-Not-Resuscitate, COVID-19, Attitude, Nurses, Professionals, Medical Students.

ABSTRACT

Introduction: With the onset of the COVID-19 pandemic, the world has faced new and different challenges. This pandemic has caused medical staff to face a wide range of ethical issues. One of the important challenges is the non-resuscitation order during the COVID-19 pandemic. Therefore, the purpose of this study is to investigate the attitudes of nurses, specialists, and medical students regarding the no-resuscitation order during the COVID-19 pandemic at Jahrom University of Medical Sciences.

Methods: This descriptive-cross-sectional study was conducted on 288 nurses, physicians, and medical students (Extern and Intern) at Jahrom University of Medical Sciences in 2023. The data collection tool in this study included two demographic information questionnaires and a questionnaire on attitudes towards no-resuscitation. Data analysis was performed using SPSS version 21 software and descriptive statistics and inferential statistical tests at a significance level of $P<0.05$.

Results: The average score of the attitude of nurses, specialists and medical students regarding the do-not-resuscitate order during the Covid-19 pandemic was 3.52±0.39. Which is above the average level. Among the items of the questionnaire, the items "I want to have a better understanding of the legal consequences of DNR" and "I want to know more about advanced DNR orders" and "I want to know more about patients' rights in DNR" were the most important and the items were the least important. There is a relationship between the average score of the attitude of nurses, specialists and medical students regarding the do-not-resuscitate order with the level of education, occupation and employment status.

Discussion: The The results of the present study show that the nurses and doctors participating in the present study had a positive attitude towards do-not-resuscitate orders. This positive attitude was more pronounced in participants with a bachelor's degree, nurses and civil servants. This attitude is due to the attention to maintaining human dignity and the quality of life of patients, especially when continuing treatments leads to more suffering and pain. In addition, nurses and doctors emphasize the importance of legal consequences, advanced directives, and patients' rights regarding do-not-resuscitate orders, and consider it part of their ethical and humane principles.

*** Corresponding Author:**
Dr Navid Kalani
Address: Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran.
Tel: +98 9175605412
E-mail: navidkalani@ymail.com

Copyright © 2024 The Author[s];
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License [CC-By-NC: https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.en], which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

Development Strategies in Medical Education

[DOI: 10.483/12/DSME.11.3.551.1]
Downloaded from dsme.hums.ac.ir at 23:54 +0330 on Monday November 9th 2026

Extended Abstract

Introduction:

Do-not-resuscitate orders are more likely to be used in cases where cardiopulmonary resuscitation is ineffective in many cases, causing more pain and suffering, and leading to a prolonged and undignified death for some patients following unsuccessful resuscitation. Involuntary do-not-resuscitate occurs when the resuscitation team leader realizes from the outset that resuscitation is of no use to the patient. Finally, involuntary do-not-resuscitate refers to when the patient has been informed in advance and has received the necessary information, and the patient requests do-not-resuscitate given the very low chance of survival in the event of cardiopulmonary arrest. Approximately 40% of medical costs are incurred in the last 30 days of a patient's life, and implementing a do-not-resuscitate order reduces treatment costs by 25% to 40%. Deciding on treatment measures is one of the most important basic skills required by medical staff. Also, considering the importance of the do-not-resuscitate order in certain circumstances such as the COVID-19 pandemic and its challenging nature for medical staff, and the importance of healthcare providers' attitudes toward do-not-resuscitate during the COVID-19 pandemic, this study aimed to investigate the attitudes of nurses, specialists, and medical students regarding the do-not-resuscitate order during the COVID-19 pandemic at Jahrom University of Medical Sciences.

Methods:

This descriptive-cross-sectional study was conducted on all nurses, physicians, and medical students (externs and interns) of Jahrom University of Medical Sciences in 2024. The inclusion criteria for the study included; physicians and nurses with at least two years of nursing experience, and medical students of the externship and intern level. The exclusion criteria also included; lack of cooperation and consent to fill out the questionnaire and participate in the study. The data collection tools in this study included two demographic information questionnaires and a questionnaire on attitudes towards do-not-resuscitation. The demographic information questionnaire included: age, gender, work experience, and marital status. The questionnaire on attitudes towards do-not-resuscitation was developed by Dunn in 2000. This instrument has 25 items. It examines the attitudes of medical personnel towards the order of do-not-resuscitation (8 items) and the method of implementing the procedure of do-not-resuscitation (12 items), attitudes towards some aspects of passive euthanasia (3 items), and the effect of religious and cultural factors (2 items) on the attitude towards do-not-resuscitation orders. Data analysis was performed using SPSS software version 21 and descriptive statistics (frequency, percentage, mean, and standard deviation) and inferential statistical tests (Spearman correlation coefficient) at a significance level of $P<0.05$.

Results:

According The average age of the participants was 29.06±15. The average score of the attitude of nurses, specialists and medical students regarding the order of do not resuscitate during the Covid-19 pandemic was 3.52±0.39. The average score of the attitude dimensions is above the average level. Among the attitude dimensions of nurses, specialists and medical students regarding the order of do not resuscitate, the dimensions of attitude towards some aspects of passive euthanasia and the order of do not resuscitate received the highest and lowest scores, respectively. There is a relationship between the average score of attitudes of nurses, specialists, and medical students regarding the Do Not Resuscitate order and their level of education, occupation, and employment status. The results of the correlation coefficient showed that there was no relationship between the average attitude score and age and work experience.

Discussion:

The treatment of patients in the last days of life has always been a conundrum for medical staff, including doctors and nurses, and deciding whether to continue treatment in these patients is one of the most basic needs of health professionals. The present study aimed to investigate the attitudes of nurses, specialists, and medical students regarding the do-not-resuscitate order during the COVID-19 pandemic at Jahrom University of Medical Sci-

[DOI: 10.483/12/DSME.11.3.551.1]
Downloaded from dsme.hums.ac.ir at 23:54 +0330 on Monday November 9th 2026

ences. 288 nurses, specialists, and medical students participated in the present study with a mean age of 29.06±15.

The results of the present study show that the average score of the attitude of nurses, specialists, and medical students regarding the do-not-resuscitate order during the COVID-19 pandemic is above the average level. In a study similar to the present study, Mirhosseini et al. (2024) investigated the attitudes of healthcare providers towards the do-not-resuscitate order in COVID-19 patients, and reported that despite the legal prohibition of implementing the do-not-resuscitate order in Iran, the attitudes of Iranian physicians towards this issue in COVID-19 patients were positive. In another study, Naghshbandi et al. (2019) examined the attitudes of intensive care unit nurses towards the do-not-resuscitate order and, unlike the present study, reported that the participating nurses did not have a positive attitude towards the do-not-resuscitate order. The reasons for the different results of this study include the fact that only nurses were studied as the target population and the department studied, namely intensive care, in this study.

Conclusion:

This The results of the present study showed that the nurses and physicians participating in the present study had a positive attitude towards do-not-resuscitate orders. This positive attitude was more pronounced in participants with a bachelor's degree, nurses, and civil servants. This attitude stems from the concern for maintaining human dignity and quality of life of patients, especially when continued treatment leads to more suffering and pain. In addition, nurses and physicians emphasize the importance of legal consequences, advanced directives, and patients' rights regarding do-not-resuscitate orders and consider it part of their ethical and humane principles.

[DOI: 10.483/12/DSME.11.3.551.1]

Downloaded from dsme.hums.ac.ir at 23:54 +0330 on Monday November 9th 2026

مقاله پژوهشی

نگرش پرستاران، متخصصان و دانشجویان پزشکی در خصوص دستور عدم احیا در دوران همه گیری کووید-۱۹ در دانشگاه علوم پزشکی جهرم

حسین حکیم الهی[۱]، شهرام شفا[۲]، مجتبی قائدی[۳]، زهره رجب پور[۴]، نگین زارع[۴]، سبحان مهر افشان[۴]، * نوید کلانی[۵]

۱. استادیار گروه یورولوژی، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران.
۲. استادیار گروه ارتوپدی، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران.
۳. استادیار گروه جراحی، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران.
۴. کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران.
۵. مرکز تحقیقات اخلاق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران.

Use your device to scan and read the article online

Citation: Hakimelahi H, Shafa S, Ghaedi M, Rajabpour Z, Zare N, Mehrafshan S, Kalani N. Attitudes of nurses, specialists, and medical students regarding the order to not resuscitate during the COVID-19 pandemic at Jahrom University of Medical Sciences. Development Strategies in Medical Education. 2024; 11(3):291-304. [In Persian]

اطلاعات مقاله

تاریخ دریافت: ۸ مهر ۱۴۰۳

تاریخ پذیرش: ۳۰ آبان ۱۴۰۳

تاریخ انتشار: ۳۰ آذر ۱۴۰۳

چکیده

هدف: با شروع همه گیری ویروس کووید-۱۹، جهان با چالش های جدید و متفاوتی رو به رو گردید. یکی از چالش های مهم، عدم احیا در شرایط همه گیری کووید-۱۹ می‌باشد. بنابراین هدف از انجام این مطالعه نگرش پرستاران، متخصصان و دانشجویان پزشکی در خصوص دستور عدم احیا در دوران همه گیری کووید-۱۹ در دانشگاه علوم پزشکی جهرم می‌باشد.

روش‌ها: این مطالعه توصیفی مقطعی بر روی ۲۸۸ نفر از پرستاران، پزشکان و دانشجویان پزشکی (اکسترن و اینترن) دانشگاه علوم پزشکی جهرم در سال ۱۴۰۳ انجام شد. ابزار گردآوری اطلاعات در این مطالعه شامل دو پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و پرسنامه نگرش به عدم احیا بود. تجزیه و اطلاعات با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ و آمارهای توصیفی و آزمون های آماری استنباطی صورت گرفت.

نتایج: میانگین نمره نگرش پرستاران، متخصصان و دانشجویان پزشکی در خصوص دستور عدم احیا در دوران همه‌گیری کووید-۱۹، ۳/۵۲±۰/۳۹ بوده است که بالاتر از سطح متوسط قرار دارد. بین میانگین نمره نگرش پرستاران، متخصصان و دانشجویان پزشکی در خصوص دستور عدم احیا با سطح تحصیلات، شغل و وضعیت استخدام ارتباط وجود دارد.

نتیجه‌گیری: نتایج حاصل از مطالعه حاضر نشان می‌دهد که پرستاران و پزشکان شرکت کننده در مطالعه حاضر نگرش مثبتی نسبت به دستورات عدم احیا داشتند. که این نگرش مثبت در شرکت‌کنندگان با مدرک تحصیلی لیسانس، پرستاران و مستخدمین رسمی‌بیشتر بوده است. این نگرش ناشی از توجه به حفظ کرامت انسانی و کیفیت زندگی بیماران است، به‌ویژه زمانی که ادامه درمان‌ها منجر به رنج و درد بیشتر می‌شود.

کلیدواژه‌ها :

عدم احیا، کووید-۱۹، نگرش، پرستاران، متخصصان، دانشجویان پزشکی.

*نویسنده مسئول:

دکتر : نوید کلانی

نشانی: دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران.

تلفن: 9175605412 98+

پست الکترونیک: navidkalani@ymail.com

Copyright © 2024 The Author[s];
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License [CC-By-NC: https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.en], which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

[DOI: 10.483/12/DSME.11.3.551.1]
Downloaded from dsme.hums.ac.ir at 23:54 +0330 on Monday November 9th 2026

مقدمه:

در اواخر دهه ۱۹۶۰، مطالعاتی انجام شد که به توصیف زجر شدید بیماران در مراحل انتهایی به دنبال انجام مکرر فرایند احیا، می‌پرداختند. دستور عدم احیا[1] توسط انجمن پزشکی آمریکا[2] به عنوان دستوری برای جلوگیری از احیای قلبی ریوی در صورت ایست قلبی ریوی تعریف شد [۱]. بعد در سال ۱۹۷۶ نخستین سیاست‌های بیمارستانی در خصوص عدم انجام احیا در مطالعات پزشکی منتشر شد [۲].

دستور عدم احیاء در مواردی مانند مؤثر نبودن احیای قلبی- ریوی در بسیاری از موارد، ایجاد درد و رنج بیشتر و مرگ طولانی و بدون عزت برای بعضی از بیماران به دنبال احیای ناموفق بیشتر مورد توجه قرار می‌گیرد [۳]. عدم شروع احیا بیهوده زمانی رخ می‌دهد که مسئول تیم احیا از همان ابتدا متوجه می‌شود که احیا برای آن بیمار فایده ای ندارد. نهایتا عدم انجام احیا ناخواسته اشاره به آن دارد که از قبل بیمار را آگاه کرده و اطلاعات لازم را دریافت کرده و بیمار با توجه به احتمال بسیار ضعیف ادامه حیاتش در صورت ایست قلبی تنفسی درخواست عدم احیا می‌کند. حدود ۴۰درصد از هزینه های پزشکی در ۳۰ روز آخر عمر بیماران صورت می‌گیرد و درصورت اجرای دستور عدم احیا بین ۲۵ تا ۴۰ درصد از هزینه های درمانی کاهش می‌یابد [۴].

به بیانی دیگر احیا این توانایی را دارد که از مرگ زودرس جلوگیری کند. همچنین می‌تواند بیماری لاعلاج را طولانی کند، اضطراب را برای بستگان تقویت کند و ممکن است عواقب مالی قابل توجهی برای بیمار و خانواده وی داشته باشد [۵]. از طرفی دیگر دستور عدم احیا حتی می‌تواند یک راه حل تسکینی برای سالمندان در آخر عمر خود باشد [۶]. البته موانعی برای صدور دستور عدم احیا وجود دارد که می‌توان به این موارد اشاره کرد: پزشکان احساس ناراحتی، خجالت، بی مهارتی، آموزش ناکافی و یا بی تجربه بودن داشتند. آن‌ها همچنین سطح پایین اعتماد، نگرانی در مورد شکایات و دشواری در تصمیم گیری را گزارش کردند. موانعی که برای پرستاران برای بحث درباره DNAR وجود داشت، نگرانی در مورد آسیب رساندن به بیمار و نداشتن شجاعت برای کنار گذاشتن درمان به دلیل عدم اطمینان پزشکی بود. مذهب یکی از مهم ترین عواملی است که بر فرآیند تصمیم گیری برای سفارشات DNAR تأثیر می‌گذارد. بسیاری از مسلمانان CPR را بدون در نظر گرفتن پیش آگهی بد بیماری،انتخاب می‌کنند به این امید که خداوند در نهایت بیمار را شفا دهد. اعتقادات دینی و اخلاقی از دلایل اصلی مشروعیت نبودن دستورات DNAR در کشورهای خاورمیانه است [۷]. .

مطالعات نشان داده اند که پرستاران و پزشکان به عنوان نمایندگان این مشاغل، ممکن است رویکردهای متفاوتی نسبت به تصمیمات DNR داشته باشند. در حالی که پزشکان مسئول تصمیم گیری هستند، پرستاران زمان بیشتری را با بیمار می‌گذرانند. پس هر دو گروه از عوامل موثر در صدور دستور احیا هستند. بسیاری از پزشکان نارضایتی خود را از عدم آگاهی خود از زمان صدور و اجرای دستور DNAR و با چه کسی مذاکره اعلام کرده اند. علاوه بر این، با توجه به ماهیت چالش برانگیز دستور از دیدگاه اخلاقی و قانونی، پرستاران به طور گسترده توسط DNAR به چالش کشیده می‌شوند [۷،۸]. همچنین امروزه شاهد افزایش درخواست DNAR هستیم. عوامل زیادی بر شیوع دستورات DNAR تاثیر دارد مانند سن، جنسیت، وضعیت تاهل، وضعیت عملکردی پایه، دسته بندی بیماری، شدت بیماری، و ویژگی های فرهنگی و اجتماعی [۸].

شجاعی و همکاران در مطالعه خود به بررسی نگرش پرستاران در خصوص دستور عدم احیا پرداختند. نتایج این مطالعه حاکی از آن بود که اکثر پرستاران نسبت به دستور عدم احیا نگرش مثبتی داشتند و با توجه به اینکه پرستاران به عنوان یکی از اعضا مهم کادر درمان و احیا به شمار میروند، توجه بیشتر به دیدگاه و نظرات پرستاران میتواند در ارتقا سطح احیا موثر باشد [۹]. مقدسیان و همکاران در مطالعه خود به بررسی نگرش دانشجویان پرستاری

1 Do Not Attempt Resuscitation: DNAR

2 AMA

[DOI: 10.483/12/DSME.11.3.551.1]
Downloaded from dsme.hums.ac.ir at 23:54 +0330 on Monday November 9th 2026

دانشگاه‌های علوم پزشکی تبریز و کردستان در مورد دستور عدم احیا پرداختند. 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 [۱۰].

تصمیم گیری درمورد اقدامات درمانی، یکی از مهم ترین مهارت های اساسی مورد نیاز کادر درمان است و همچنین با در نظر گرفتن اهمیت دستور عدم احیا در شرایط خاصی همچون دوران همه گیری کرونا و چالش برانگیز بودن آن برای کادر درمان و اهمیت نگرش مراقبین سلامت نسبت به عدم احیا در همه گیری کووید-۱۹، این مطالعه با هدف بررسی نگرش پرستاران، متخصصان و دانشجویان پزشکی در خصوص دستور عدم احیا در دوران همه گیری کووید-۱۹ در دانشگاه علوم پزشکی جهرم انجام شد..

مواد و روش‌ها:

این مطالعه توصیفی- مقطعی بر روی کلیه پرستاران، پزشکان و دانشجویان پزشکی (اکسترن و اینترن) دانشگاه علوم پزشکی جهرم در سال ۱۴۰۳ انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل؛ پزشکان و پرستاران با حداقل دو سال سابقه کتر، دانشجویان پزشکی مقطع اکسترنی و اینترنی، می‌باشد. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل؛ عدم همکاری و رضایت برای پر کردن پرسشنامه و شرکت در مطالعه، بود. ابزار گردآوری اطلاعات در این مطالعه شامل دو پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و پرسنامه نگرش به عدم احیا بود.

پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک شامل: سن، جنسیت، سابقه کار، وضعیت تاهل بود. پرسشنامه نگرش به عدم احیا در سال ۲۰۰۰ توسط دان ابداع شد [۱۶]. این ابزار دارای ۲۵ گویه است. نگرش پرسنل درمانی در مورد دستور عدم احیا (۸ گویه) و روش اجرای رویه ی عدم احیا (۱۲ گویه)، نگرش به برخی جنبه های اتانازی غیرفعال (۳ گویه) و تأثیر عوامل مذهبی و فرهنگی (۲ گویه) بر دیدگاه نسبت به دستور عدم احیا را مورد بررسی قرار می‌دهد. پاسخ به هر گویه بر روی یک طیف لیکرت ۵ گزینه ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم قراردارد که به ترتیب نمره ی ۱ تا ۵ به آن ها تعلق می‌گیرد. پاسخ به هرگویه بر روی دامنه ی ۱ تا ۵ گزارش شد. نمره ی بالاتر به هر گویه نشان دهنده ی نگرش مثبت تر به آن گویه است. حداقل و حداکثر نمرات بین ۱۲۵-۲۵ می‌باشد. روایی صوری و محتوای این پرسشنامه توسط ۱۵ نفر از اعضای هیأت علمی‌دانشگاه علوم پزشکی تبریز در رشته های معارف، اخلاق پزشکی و پرستاری تعیین شد. پس از پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ و پس از مطالعه ی راهنما بر روی ۳۰ دانشجوی پرستاری برابر ۸۴ درصد بود [۱۰]. با توجه به کوتاه بدون پرسشنامه از تمامی‌پرستاران، پزشکان عمومی‌و متخصص و همچنین دانشجویان پزشکی مقطع اکسترنی و اینترنی خواسته شد تا در محیط بالینی پرسشنامه را تکمیل کنند. تجزیه و اطلاعات با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ و آمارهای توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) و آزمون های آماری استنباطی (ضریب همبستگی اسپیرمن) در سطح معنی داری P<۰/۰۵ صورت گرفت.

یافته‌ها:

در این مطالعه ۲۸۸ نفر از دانشجوی پرستاری (۹/۷ درصد)، دانشجوی پزشکی (۴۱/۰ درصد)، پرستار (۳۲/۶ درصد)، متخصص بالینی (۵/۲ درصد) و پزشک عمومی(۱۱/۵ درصد) در مطالعه شرکت کردند/ میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۱۵±۲۹/۰۶ بود/ مدرک تحصیلی بیش از نیمی‌از شرکت‌کنندگان در مطالعه دکتری (۵۵/۶ درصد) بوده است (جدول ۱).

جدول ۱: فراوانی متغیرهای جمعیت شناختی پرستاران، متخصصان و دانشجویان پزشکی

متغیر جمعیت شناختی		فراوانی	درصد
جنسیت	زن	۱۹۰	۶۶/۰٪
	مرد	۹۸	۳۴/۰٪

[DOI: 10.483/12/DSME.11.3.551.1]
Downloaded from dsme.hums.ac.ir at 23:54 +0330 on Monday November 9th 2026

جدول ۱: فراوانی متغیرهای جمعیت شناختی پرستاران، متخصصان و دانشجویان پزشکی

متغیر جمعیت شناختی		فراوانی	درصد
وضعیت تأهل	مجرد	۱۶۸	۵۸/۵٪
	متأهل	۱۱۴	۳۹/۷٪
	همسر از دست داده	۵	۱/۷٪
سطح تحصیلات	کارشناسی	۱۱۳	۳۹/۲٪
	کارشناسی ارشد	۱۵	۵/۲٪
	دکتری	۱۶۰	۵۵/۶٪
شغل	دانشجوی پرستاری	۲۸	۹/۷٪
	دانشجوی پزشکی	۱۱۸	۴۱/۰٪
	پرستار	۹۴	۳۲/۶٪
	متخصص بالینی	۱۵	۵/۲٪
	پزشک عمومی	۳۳	۱۱/۵٪
وضعیت استخدام	رسمی	۶۶	۲۲/۹٪
	پیمانی	۱۵	۵/۲٪
	قرارداد کار معین	۲۱	۷/۳٪
	طرحی	۳۹	۱۳/۵٪
	شرکتی	۲	۰/۷٪
	دانشجو	۱۴۵	۵۰/۳٪
بخش محل کار	داخلی	۱۰	۶/۸٪
	جراحی	۵۰	۳۴/۰٪
	زنان	۱۱	۷/۵٪
	ویژه	۳۶	۲۴/۵٪
	اورژانس	۲۱	۱۴/۳٪
	عفونی	۳	۲/۰٪
	اطفال	۱۲	۸/۲٪
	شیمی‌درمانی	۱	۰/۷٪
	اتاق عمل	۳	۲/۰٪
سن	انحراف معیار±میانگین	۲۹/۱۵±۶	
سابقه کار	انحراف معیار±میانگین	۷/۶±۶۹/۷۸	

میانگین نمره نگرش پرستاران، متخصصان و دانشجویان پزشکی در خصوص دستور عدم احیا در دوران همه‌گیری کووید-۱۹ ۰/۳۹±۳/۵۲ بوده است. میانگین نمره ابعاد نگرش بالاتر از سطح متوسط قرار دارد. در میان ابعاد نگرش پرستاران، متخصصان و دانشجویان پزشکی در خصوص دستور عدم احیا به ترتیب ابعاد نگرش به برخی جنبه‌های اتانازی غیرفعال و دستور عدم احیا، بالاترین و پایین‌ترین نمره را به خود اختصاص دادند (جدول ۲).

جدول ۲: میانگین نمره نگرش پرستاران، متخصصان و دانشجویان پزشکی در خصوص دستور عدم احیا و ابعاد آن

	میانگین	انحراف معیار	مینیمم	ماکزیمم
دستور عدم احیا	۳/۳۴	۰/۵۱	۱/۱۳	۵/۰۰
روش اجرای رویه‌ی عدم احیا	۳/۵۷	۰/۴۲	۱/۰۰	۴/۹۲
نگرش به برخی جنبه‌های اتانازی غیرفعال	۳/۸۵	۰/۷۰	۱/۰۰	۵/۰۰
تأثیر عوامل مذهبی و فرهنگی	۳/۵۵	۰/۸۴	۱/۰۰	۵/۰۰
نمره کل نگرش	۳/۵۲	۰/۳۹	۱/۰۴	۴/۹۶

[DOI: 10.483/12/DSME.11.3.551.1]
Downloaded from dsme.hums.ac.ir at 23:54 +0330 on Monday November 9th 2026

جدول ۳ فراوانی و میانگین نمره نگرش پرستاران، متخصصان و دانشجویان پزشکی در خصوص دستور عدم احیا برحسب گویه های پرسشنامه را نشان می‌دهد. در بین گویه های پرسشنامه، گویه های "می‌خواهم شناختی بهتر از پیامد قانونی DNR داشته باشم" و "می‌خواهم درباره دستورات پیشرفته DNR بیشتر بدانم" و "می‌خواهم درباره حقوق بیماران در DNR بیشتر بدانم" دارای بیشترین اهمیت و گویه دارای کمترین اهمیت بودند (جدول ۳).

جدول ۳: فراوانی و میانگین نمره نگرش پرستاران، متخصصان و دانشجویان پزشکی در خصوص دستور عدم احیا

	کاملاً مخالفم	مخالفم	نظری ندارم	موافقم	کاملاً موافقم	انحراف معیار±میانگین
DNR به روشن شدن طرح درمانی بیماران انتهایی کمک می‌کند.	۳/۵٪	۱۲/۲٪	۲۶/۴٪	۴۴/۸٪	۱۳/۲٪	۳/۵ ±۱
کیفیت مراقبتی بیماران با DNR و بدون آن یکسان است.	۴/۲٪	۴۰/۸٪	۱۸/۸٪	۲۵/۴٪	۱۰/۸٪	۳ ±۱/۱
مشاوره با بیمار و خانواده او درباره DNR سخت است.	۰/۳٪	۸/۳٪	۹/۴٪	۴۷/۹٪	۳۴/۰٪	۴/۱ ±۰/۹
بیمار در مراحل پایانی باید تا حد امکان زنده بماند.	۵/۶٪	۲۸/۸٪	۲۰/۵٪	۲۹/۲٪	۱۶/۰٪	۳/۵ ±۱/۲
تداوم زندگی به هر صورت هدف نهایی تیم پزشکی است.	۴/۵٪	۲۴/۷٪	۱۱/۸٪	۳۳/۳٪	۲۵/۷٪	۳/۵ ±۱/۲
نباید از بیمار و خانواده او درباره DNR سوال شود.	۱۱/۱٪	۴۱/۳٪	۱۵/۶٪	۱۸/۸٪	۱۳/۲٪	۲/۸ ±۱/۲
DNR بیمار را از درد و رنج بیهوده محافظت می‌کند.	۴/۵٪	۱۶/۴٪	۱۷/۸٪	۴۴/۳٪	۱۷/۱٪	۳/۵ ±۱/۱
مسئولیت تصمیم گیری DNR به عهده پزشکان است.	۷/۶٪	۳۰/۹٪	۲۰/۱٪	۲۸/۱٪	۱۳/۲٪	۳/۱ ±۱/۲
ر باید دربیماران با آسیب مغزی دائم انجام شود.	۵/۶٪	۱۷/۷٪	۲۹/۲٪	۳۵/۱٪	۱۲/۵٪	۳/۳ ±۱/۱
بیمار، خانواده او در تصمی‌گیری DNR دخیل هستند.	۵/۲٪	۱۱/۱٪	۱۳/۹٪	۴۷/۹٪	۲۱/۹٪	۳/۷ ±۱/۱
طولانی شدن زندگی بیماران مسن و بدحال بیهود است.	۸/۰٪	۳۳/۳٪	۲۰/۱٪	۲۶/۴٪	۱۲/۲٪	۳ ±۱/۲
سخت است با بیمار درباره مرگ صحبت کنم.	۳/۱٪	۸/۴٪	۷/۷٪	۵۱/۶٪	۲۹/۳٪	۴ ±۱
تیم پزشکی باید در زمان مرگ قطعی نیز به بیماران امید بدهد.	۹/۷٪	۲۱/۹٪	۲۱/۲٪	۳۰/۹٪	۱۶/۳٪	۳/۲ ±۱/۲
نمی‌توانم اجباری شدن دستورات DNR را بپذیرم.	۶/۳٪	۱۵/۶٪	۲۸/۱٪	۳۵/۸٪	۱۴/۲٪	۳/۴ ±۱/۱
باید از نظرات مسئولان درباره DNR پیروی کنم.	۸/۳٪	۲۱/۹٪	۳۷/۲٪	۲۵/۰٪	۷/۶٪	۳ ±۱/۱
تجهیزات طولانی کننده زندگی، مرگ طبیعی را مختل کرده اند.	۶/۶٪	۲۹/۲٪	۲۱/۹٪	۲۹/۲٪	۱۳/۲٪	۳/۱ ±۱/۲
مسائل مادی نگه داری بیماران صعب العلاج را مشکل می‌کند.	۱/۷٪	۸/۰٪	۱۴/۶٪	۵۱/۹٪	۲۳/۷٪	۳/۹ ±۰/۹
نگرانم خانواده بیماران در صورت DNR شکایت کنند.	۱/۴٪	۷/۶٪	۱۸/۸٪	۵۳/۱٪	۱۹/۱٪	۳/۸ ±۰/۹
می‌خواهم شناختی بهتر از پیامد قانونی DNR داشته باشم.	۱/۰٪	۲/۸٪	۷/۳٪	۵۲/۸٪	۳۶/۱٪	۴/۲ ±۰/۸
می‌خواهم درباره دستورات پیشرفته DNR بیشتر بدانم.	۰/۳٪	۲/۱٪	۶/۳٪	۵۶/۶٪	۳۴/۷٪	۴/۲ ±۰/۷
می‌خواهم درباره حقوق بیماران در DNR بیشتر بدانم.	۱/۱٪	۲/۱٪	۷/۷٪	۵۱/۴٪	۳۷/۷٪	۴/۲ ±۰/۸
نمی‌خواهم DNR درباره عزیزانم اجرا شود.	۴/۹٪	۱۳/۲٪	۳۴/۵٪	۲۴/۷٪	۲۲/۶٪	۳/۵ ±۱/۱
اعتقادات مذهبی روی دیدگاهم نسبت به DNR تاثیر دارد	۷/۶٪	۱۹/۸٪	۲۴/۳٪	۳۰/۹٪	۱۷/۴٪	۳/۳ ±۱/۲
فرهنگ من، من را در برخورد با DNR با مشکل مواجه می‌کند.	۴/۹٪	۱۶/۰٪	۱۹/۴٪	۴۱/۷٪	۱۸/۱٪	۳/۵ ±۱/۱
بیمار و خانواده او باید اجازه در خصوص DNR بدهند.	۴/۲٪	۸/۳٪	۱۴/۲٪	۴۷/۶٪	۲۵/۷٪	۳/۸ ±۱

بین میانگین نمره نگرش پرستاران، متخصصان و دانشجویان پزشکی در خصوص دستور عدم احیا با سطح تحصیلات، شغل و وضعیت استخدام ارتباط وجود دارد. بالاترین میانگین نمره نگرش در خصوص دستور عدم احیا در شرکت‌کنندگان با مدرک تحصیلی لیسانس، پرستاران و مستخدمین رسمی‌بوده است(جدول ۴).

[DOI: 10.483/12/DSME.11.3.551.1]
Downloaded from dsme.hums.ac.ir at 23:54 +0330 on Monday November 9th 2026

جدول ۴: ارتباط میانگین نمره نگرش پرستاران، متخصصان و دانشجویان پزشکی در خصوص دستور عدم احیا و متغیرهای دموگرافیک

متغیر دموگرافیک		میانگین	انحراف معیار	P-Value
جنسیت	زن	۳/۵۱	۰/۳۷	۰/۸۲
	مرد	۳/۵۲	۰/۴۳	
وضعیت تأهل	مجرد	۳/۴۷	۰/۳۹	۰/۰۶
	متأهل	۳/۵۹	۰/۴۰	
	همسر از دست داده	۳/۴۴	۰/۱۴	
سطح تحصیلات	کارشناسی	۳/۶۱	۰/۳۹	۰/۰۰۲
	کارشناسی ارشد	۳/۵۷	۰/۴۵	
	دکتری	۳/۴۵	۰/۳۸	
شغل	دانشجوی پرستاری	۳/۵۱	۰/۴۰	۰/۰۰۹
	دانشجوی پزشکی	۳/۴۵	۰/۴۰	
	پرستار	۳/۶۴	۰/۴۰	
	متخصص بالینی	۳/۴۹	۰/۳۱	
	پزشک عمومی	۳/۴۵	۰/۳۱	
وضعیت استخدام	رسمی	۳/۶۸	۰/۴۲	۰/۰۰۲
	پیمانی	۳/۵۴	۰/۳۹	
	قراردادکار معین	۳/۵۷	۰/۳۷	
	طرحی	۳/۴۹	۰/۳۰	
	شرکتی	۳/۵۴	۰/۱۴	
	دانشجو	۳/۴۴	۰/۳۹	
بخش محل کار	داخلی	۳/۷۴	۰/۳۷	۰/۸۳
	جراحی	۳/۵۴	۰/۵۴	
	زنان	۳/۵۴	۰/۲۳	
	ویژه	۳/۵۱	۰/۳۷	
	اورژانس	۳/۶۸	۰/۴۰	
	عفونی	۳/۵۳	۰/۵۱	
	اطفال	۳/۵۴	۰/۴۸	
	شیمی‌درمانی	۳/۴۴	-	
	اتاق عمل	۳/۶۹	۰/۲۸	

نتایج ضریب همبستگی در جدول ۵ نشان داد که بین میانگین نمره نگرش با سن و سابقه کار ارتباط وجود نداشت.

جدول ۵: بررسی ارتباط میانگین نمره نگرش با سن و سابقه کار

		سن	سابقه کار
میانگین نمره نگرش	ضریب همبستگی اسپیرمن	۰/۱۰۰	۰/۱۰۱
	P-Value	۰/۰۹۷	۰/۲۲۲

بحث و نتیجه‌گیری:

درمان بیماران در روزهای پایانی زندگی همواره معمای کادر درمان اعم از پزشکان و پرستاران بوده است و تصمیم گیری در مورد ادامه درمان در این بیماران یکی از اساسی ترین نیازهای متخصصان سلامت است [۱۱]. مطالعه حاضر باهدف بررسی نگرش پرستاران، متخصصان و دانشجویان پزشکی در خصوص دستور عدم احیا در دوران همه‌گیری کووید-۱۹ در دانشگاه علوم پزشکی جهرم انجام شد. ۲۸۸ نفر از پرستاران، متخصصان و دانشجویان پزشکی در مطالعه

[DOI: 10.483/12/DSME.11.3.551.1]
Downloaded from dsme.hums.ac.ir at 23:54 +0330 on Monday November 9th 2026

حاضر با میانگین سنی۱۵±۲۹/۰۶ شرکت کردند.

نتایج حاصل از مطالعه حاضر نشان می‌دهد که میانگین نمره نگرش پرستاران، متخصصان و دانشجویان پزشکی در خصوص دستور عدم احیا در دوران همه‌گیری کوید بالاتر از سطح متوسط می‌باشد. میرحسینی و همکاران در مطالعه ای مشابه با پژوهش حاضر به بررسی نگرش ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی نسبت به دستور عدم احیا در بیماران کووید-۱۹ پرداختند، گزارش کردند که علیرغم ممنوعیت قانونی اجرای دستور احیا نکن در ایران، نگرش پزشکان ایرانی نسبت به این امر در بیماران کووید-۱۹ مثبت بود [۱۲]. در مطالعه ای دیگر نقش بندی و همکاران به بررسی نگرش پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه نسبت به دستور عدم احیا پرداختند و برخلاف مطالعه حاضر گزارش کردند که پرستاران شرکت‌کننده نگرش مثبتی نسبت به دستور عدم احیا نداشتند [۱۳]. از دلایل متفاوت بودن نتایج این مطالعه میتوان به بررسی تنها پرستاران به عنوان جمعیت هدف و بخش بررسی شده یعنی مراقبت های ویژه در این مطالعه اشاره کرد. فلاحی و همکاران در مطالعه خود به بررسی و مقایسه نگرش پزشکان و پرستاران ایرانی نسبت به دستورات عدم احیا پرداختند و براساس نتایج گزارش شده پرستاران و پزشکان نگرش مثبتی نسبت به دستور عدم احیا داشتند که این مطالعه اگرچه نگرش پرستاران و پزشکان را نسبت به عدم احیا بر روی بیماران کووید-۱۹ بررسی نکرده است اما نگرشی مشابه با پژوهش حاضر را گزارش کرده است [۱۴].

مقدسیان و همکاران در مطالعه خود به بررسی نگرش دانشجویان پرستاری دانشگاه های علوم پزشکی تبریز و کردستان در مورد دستور عدم احیا پرداختند. نتایج این مطالعه نشان داد که در بیشتر گویه ها 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 جنبه های 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 که این یافته ها متفاوت با پژوهش حاضر می‌باشد [۱۰]. نگرش منفی دانشجویان پرستاری نسبت به پرستاران و پزشکان در موضوع دستور عدم احیا معمولاً به دلیل درک ناکافی از اصول اخلاقی و قانونی این دستور است. دانشجویان ممکن است این تصمیم را به‌عنوان عدم توجه به ارزش جان بیمار تلقی کنند، زیرا تجربه بالینی محدودی دارند و آموزش کافی در زمینه اصول تصمیم‌گیری پایان زندگی دریافت نکرده‌اند. همچنین، نگرانی درباره سوءبرداشت خانواده‌ها و تعارض با وظیفه حفظ حیات می‌تواند موجب شود که آنان این دستور را منفی ارزیابی کنند. در مطالعه دیگری شجاعی و همکاران به بررسی نگرش پرستاران در خصوص دستور عدم احیا پرداختند. نتایج این مطالعه نشان داد که اکثر پرستاران نسبت به دستور عدم احیا نگرش مثبتی دارند که این یافته ها مشابه با پژوهش حاضر می‌باشد [۹]. در دوران همه‌گیری کووید-۱۹، نگرش مثبت پزشکان و پرستاران نسبت به دستور عدم احیا به دلیل شرایط بحرانی و محدودیت منابع درمانی شکل گرفت. این تصمیمات اغلب براساس اصول اخلاق پزشکی، مانند اولویت‌دهی به بیمارانی با احتمال بیشتر بهبود و کاهش رنج بیماران غیرقابل درمان، اتخاذ می‌شد. در مواردی که بیماران مبتلا به کووید-۱۹ وضعیت وخیمی‌داشتند و شانس زنده ماندن پایین بود، تیم‌های درمانی با هدف کاهش فشار بر سیستم سلامت و ارائه مراقبت بهتر به دیگر بیماران، به این تصمیمات تمایل پیدا می‌کردند. با این حال، این نگرش می‌توانست چالش‌های اخلاقی و احساسی را برای کادر درمان به همراه داشته باشد.

در ادامه نتایج حاصل از مطالعه حاضر نشان می‌دهد که اکثر افراد شرکت کننده در مطالعه حاضر تمایل داشتند شناختی بهتر از پیامد قانونی، دستورات پیشرفته و حقوق بیماران در خصوص دستورات عدم احیا داشته باشند. پیترسون و همکاران در مطالعه خود به بررسی دیدگاه‌های فرآیند تصمیم‌گیری دستورات عدم احیا پرداختند. و براساس نتایج گزارش شده ۵۷ درصد گزارش دادند که ارائه اطلاعات به بیمار در ارتباط با عدم احیا مهم است که این یافته ها مشابه با پژوهش حاضر اهمیت حقوق

[DOI: 10.483/12/DSME.11.3.551.1]
Downloaded from dsme.hums.ac.ir at 23:54 +0330 on Monday November 9th 2026

بیماران در خصوص دستورات عدم احیا نشان می‌دهد [۱۵]. پیکون- جیمیس و همکاران در مطالعه خود به بررسی دانش و نگرش پزشکان در شیلی نسبت به دستورات عدم احیا پرداختند. براساس نتایج گزارش شده۸۵/۴ درصد با دستورالعمل‌های اخلاقی و قانونی احیای قلبی ریوی و حقوق و وظایف بیمار آشنا بودند و ۳۹/۲ درصد معتقد بودند که بیماران باید تصمیم نهایی را به دستورات عدم احیا، بخصوص اگر خودشان درخواست احیاء نکنند، داشته باشند [۱۶]. این مطالعه نیز بر اهمیت فاکتور های اخلاقی و قانونی احیای قلبی ریوی تاکید دارد. در مطالعه دیگری نیز برمر و همکاران به بررسی نگرش ها، ادراکات و عملکرد پزشکان و پرستاران سوئدی در ارتباط با دستورات عدم احیا پرداختند براساس نتایج گزارش شده ۳۵ درصد از شرکت کنندگان دستورالعمل های احیا را خوانده بودند، در حالی که ۶۳ درصد در مورد آن‌ها شنیده بودند [۱۷]. در مطالعه حاضر نیز با توجه به میانگین نمره تمایل شرکت کنندگان در خصوص دستورات پیشرفته عدم احیا به نظر میرسد که این دستور العمل ها به درستی به پرستاران و پزشکان منتقل نشده است. با توجه به عدم انتشار و آموزش در برخی از محیط‌های کاری، شبیه سازی بالینی می‌تواند ابزار مفیدی برای آموزش در این زمینه‌ها باشد و به متخصصان این امکان را می‌دهد تا در یک محیط کنترل‌شده و ایمن، مهارت‌های خود را تمرین کرده و ارتقا دهند [۲۰-۱۸]..

از طرف دیگر نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که نیاز به بهبود ارتباطات و مشارکت بیمار در تصمیم گیری در مورد دستورات عدم احیا است که این موضوع بر اهمیت اطمینان از اینکه بحث‌ها به طور کامل نظرات و تأملات همه افرادی که در مدیریت بیمار دخیل هستند را در نظر می‌گیرند، تأکید می‌شود. همچنین، دریافت نظر بیمار، یا به صورت مستقیم، یا از طریق اسناد دستورالعمل قبلی، یا از خانواده بیمار که فرض می‌شود بیشترین شناخت را از بیمار دارند و می‌توانند اطلاعاتی نزدیک به تصمیم بیمار ارائه دهند، ضروری است [۲۱]. از نظر دینی نیز اگر چه پزشک موظف به انجام تمامی اقدامات درمانی مفید برای حفظ جان بیمار است اما در مورد میزان تاثیر رضایت و اجازه بیمار بر انجام اقدامات درمانی و از آن جمله انجام یا عدم انجام عملیات احیاء و مسوولیت پزشک اختلاف نظرهایی وجود دارد [۲۳-۲۲]. از این رو باید آموزش‌های تخصصی برای پزشکان و پرستاران درباره جنبه‌های حقوقی، اخلاقی و بالینی این موضوع ارائه شود. همچنین، تدوین پروتکل‌های شفاف و استاندارد به همراه ایجاد پشتوانه قانونی محکم ضروری است. برگزاری جلسات مشاوره و گفت‌وگو میان کادر درمان نیز می‌تواند به کاهش نگرانی‌ها و افزایش اعتماد در اجرای این دستورات کمک کند.

در نهایت نتایج حاصل از مطالعه حاضر نشان می‌دهد که بین میانگین نمره نگرش پرستاران، متخصصان و دانشجویان پزشکی در خصوص دستور عدم احیا با سطح تحصیلات، شغل و وضعیت استخدام ارتباط وجود دارد. بالاترین میانگین نمره نگرش در خصوص دستور عدم احیا در شرکت‌کنندگان با مدرک تحصیلی لیسانس، پرستاران و مستخدمین رسمی‌بوده است. در برخی مطالعات مشابه با پژوهش حاضر گزارش شده است که پرستاران نسبت به پزشکان نگرش مثبت تری نسبت به عدم احیا دارند [۲۴،۲۵]. به نظر میرسد پرستاران به دلیل تعامل نزدیک‌تر با بیماران و مشاهده مستقیم رنج ناشی از بیماری‌های پیشرفته، اغلب دیدگاه مثبت‌تری نسبت به تصمیمات عدم احیا دارند. آن‌ها از تأثیر محدود اقدامات احیا در بیماران با شرایط وخیم آگاهند و بیشتر بر کیفیت زندگی تمرکز می‌کنند تا صرفاً طولانی کردن آن. بردبار و همکاران در مطالعه خود به بررسی نگرش ارائه دهندگان خدمات بهداشتی، بیماران و خانواده آن‌ها نسبت به دستورات عدم احیا پرداختند. براساس نتایج گزارش شده سطح تحصیلات می‌توانند در تصمیم گیری در مورد دستورات عدم احیا موثر باشند که این یافته ها مشابه با پژوهش حاضر می‌باشد [۲۶]. فلاحی و همکاران نیز در مطالعه خود به بررسی نگرش پزشکان ایرانی نسبت به دستور عدم احیا پرداختند. و براساس نتایج گزارش شده نوع تحصیلات یک نگرش کلی مثبت به دستورات عدم احیا گزارش کردند که به طور قابل توجهی با سطح تحصیلات شرکت کنندگان مرتبط بودکه با یافته های ما مطابقت دارد [۲۷]. شجاعی و همکاران در مطالعه خود ارتباط معناداری را بین وضعیت استخدام و دستور عدم احیا گزارش نکردند [۹] که این

[DOI: 10.483/12/DSME.11.3.551.1]
Downloaded from dsme.hums.ac.ir at 23:54 +0330 on Monday November 9th 2026

یافته متفاوت با پژوهش حاضر می‌باشد که میتواند ناشی از نمونه گیری در زمان پاندمی‌کووید-۱۹ باشد چرا که در زمان پاندمی، نوع استخدام می‌تواند تأثیر زیادی بر تصمیم‌گیری در مورد دستور عدم احیا داشته باشد، زیرا این بحران، فشار زیادی بر کادر درمانی وارد می‌کند. در این شرایط، پزشکان و پرستاران ممکن است به دلیل فشار بالای کاری، کمبود منابع و بار روانی ناشی از درمان بیماران مبتلا به، تصمیمات متفاوتی در مورد عدم احیا اتخاذ کنند. علاوه بر این، تغییرات در سیاست‌های بیمارستان‌ها، پروتکل‌های بهداشتی جدید و تغییرات در نحوه ارتباط با بیماران و خانواده‌ها نیز می‌تواند بر نحوه ارزیابی و پذیرش دستور عدم احیا تأثیر بگذارد.

نتیجه‌گیری:

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که پرستاران و پزشکان شرکت کننده در مطالعه حاضر نگرش مثبتی نسبت به دستورات عدم احیا داشتند. که این نگرش مثبت در شرکت‌کنندگان با مدرک تحصیلی لیسانس، پرستاران و مستخدمین رسمی‌بیشتر بوده است. این نگرش ناشی از توجه به حفظ کرامت انسانی و کیفیت زندگی بیماران است، به‌ویژه زمانی که ادامه درمان‌ها منجر به رنج و درد بیشتر می‌شود. علاوه بر این، پرستاران و پزشکان به اهمیت پیامد قانونی، دستورات پیشرفته و حقوق بیماران در خصوص دستورات عدم احیا تأکید دارند و آن را بخشی از اصول اخلاقی و انسانی خود می‌دانند..

ملاحظات اخلاقی:

پیروی از اصول اخلاق در پژوهش

این مطالعه مصوب کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی جهرم با کد اخلاق IR.JUMS.REC.1401.024 می‌باشد..

حامی‌مالی

این مقاله با حمایت مالی معاونت تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی جهرم انجام شده است.

مشارکت نویسندگان

نویسندگان این مقاله در تمامی‌مراحل اجرای مطالعه نقش و همکاری داشتند.

تعارض منافع

هیچ گونه تعارض منافعی در پژوهش حاضر وجود ندارد..

تشکر و قدردانی

از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی جهرم بابت حمایت مالی این مطالعه سپاسگزاری می‌گردد.

[DOI: 10.483/12/DSME.11.3.551.1]
Downloaded from dsme.hums.ac.ir at 23:54 +0330 on Monday November 9th 2026

References

1. Higuchi A, Yoshii A, Takita M, Tsubokura M, Fukahori H, Igarashi R. Nurses' perceptions of medical procedures and nursing practices for older patients with non-cancer long-term illness and do-not-attempt-resuscitation orders: A vignette study. Nurs Open. 2020; 7(4):1179-86. DOI: 10.1002/nop2.495 PMID: 32587738

2. O'Reilly M, O'Tuathaigh CMP, Doran K. Doctors' attitudes towards the introduction and clinical operation of do not resuscitate orders (DNRs) in Ireland. Ir J Med Sci. 2018; 187(1):25-30. DOI: 10.1007/s11845-017-1628-6 PMID: 28508956

3. O'Brien H, Scarlett S, Brady A, Harkin K, Kenny RA, Moriarty J. Do-not-attempt-resuscitation (DNAR) orders: Understanding and interpretation of their use in the hospitalised patient in Ireland. A brief report. J Med Ethics. 2018; 44(3):201-203. DOI: 10.1136/medethics-2016-103986 PMID: 29101301

4. Fallahi M, Mahdavikian S, Abdi A, Borhani F, Taghizadeh P, Hematpoor B. Nurses and physicians' viewpoints about decision making of do not attempt resuscitation (DNAR). Multidiscip Respir Med. 2018; 13:20. DOI: 10.1186/s40248-018-0133-8 PMID: 30013772

5. Wang AY, Chang CK. Do-not-attempt resuscitation independently predict in-hospital mortality in septic patients. Am J Emerg Med. 2020; 38(5):953-57. DOI: 10.1016/j.ajem.2019.158362 PMID: 31358382

6. Bremer A, Årestedt K, Rosengren E, Carlsson J, Sandboge S. Do-not-attempt-resuscitation orders: attitudes, perceptions and practices of Swedish physicians and nurses. BMC Med Ethics. 2021; 22(1):34. DOI: 10.1186/s12910-021-00604-8. PMID: 33785001.

7. Sritharan G, Mills AC, Levinson MR, Gellie AL. Doctors' attitudes regarding not for resuscitation orders. Aust Health Rev. 2017; 41(6):680-87. DOI: 10.1071/AH16161. PMID: 27883873.

8. Nakagawa Y, Inokuchi S, Kobayashi N, Ohkubo Y. Do not attempt resuscitation order in Japan. Acute Med Surg. 2017; 4(3):286-92. DOI: 10.1002/ams2.271. PMID: 29123876.

9. Shojaei M, Khornegah F, Khoramkish M, Zarean V, Kalani N. Nursesâ attitude toward DNR order: A descriptive cross-sectional study. J Educ Ethics in Nurs. 2016; 5(4): 1-8. [In Persian] DOI: 10.52547/ethicnurs.5.4.1

10. Moghadasian S, Abdollahzadeh F, Rahmani A, Paknejad F, Heidarzadeh H. Do not resuscitate order: Attitude of nursing students of Tabriz and Kurdistan Universities of Medical Sciences. IJMEHM. 2013; 6(5):45-56. [In Persian] Link

11. Berwick DM. Salve Lucrum: The existential threat of greed in US health care. JAMA. 2023; 329(8):629-30. DOI: 10.1001/jama.2023.0846. PMID: 36716043.

12. Mirhosseini S, Aghayan SS, Basirinezhad MH, Ebrahimi H. Health care providers' attitudes toward Do-Not-resuscitate order in COVID-19 patients: An ethical Dilemma in Iran. Omega (Westport). 2024; 88(3):908-18. DOI: 10.1177/00302228211057992 PMID: 35042392

13. Naghshbandi S, Salmasi S, Parsian Z, Rahmani F. Attitude of nurses in intensive care units towards Do Not Resuscitate order. J Anal Res Clin Med. 2019; 7(4):122-8. [In Persian] DOI: 10.15171/jarcm.2019.023

14. Falahi M, Derakhshan HB, Borhani F, Pourhoseingholi MA. The comparision of Iranian physician and nurses attitudes towards do-not-resusciate orders. Adv Nurs Midwifery. 2016; 25(89):31-40. [In Persian] DOI: 10.22037/anm.v25i89.10977

15. Pettersson M, Höglund AT, Hedström M. Perspectives on the DNR decision process: A survey of nurses and physicians in hematology and oncology. PLoS One. 2018; 13(11):e0206550. DOI: 10.1371/journal.pone.0206550 PMID: 30462673

16. Picón-Jaimes YA, Lozada-Martinez ID, Rahman S, Cantón Álvarez MB. Knowledge and attitudes of physicians in Chile toward Do-Not-Attempt-Resuscitation orders: A cross-sectional nation-wide study. SAGE Open Med. 2024; 12:20503121241259285. DOI: 10.1177/20503121241259285 PMID: 38867717

17. Bremer A, Årestedt K, Rosengren E, Carlsson J, Sandboge S. Do-not-attempt-resuscitation orders: Attitudes, perceptions and practices of Swedish physicians and nurses. BMC Med Ethics. 2021; 22(1):34. DOI: 10.1186/s12910-021-00604-8 PMID: 33785001

18. Haynes C, Yamamoto M, Dashiell-Earp C, Gu-

[DOI: 10.483/12/DSME.11.3.551.1]

Downloaded from dsme.hums.ac.ir at 23:54 +0330 on Monday November 9th 2026

nawardena D, Gupta R, Simon W. Continuity clinic practice feedback curriculum for residents: A model for ambulatory education. J Grad Med Educ. 2019; 11(2):189-95. DOI: 10.4300/JGME-D-18-00714.1 PMID: 31024652

19. Martins V, Santos C, Duarte I. Bioethics education and the development of nursing students' moral competence. Nurse Educ Today. 2020; 95:104601. DOI: 10.1016/j.nedt.2020.104601 PMID: 33010668.

20. Mentzelopoulos SD, Slowther AM, Fritz Z, Sandroni C, Xanthos T, Callaway C, et al. Ethical challenges in resuscitation. Intensive Care Med. 2018; 44(6):703-16. DOI: 10.1007/s00134-018-5202-0 PMID: 29748717

21. Quenot JP, Ecarnot F, Meunier-Beillard N, Dargent A, Large A, Andreu P, et al. What are the ethical aspects surrounding the collegial decisional process in limiting and withdrawing treatment in intensive care? Ann Transl Med. 2017; 5(Suppl 4):S43. DOI: 10.21037/atm.2017.04.15 PMID: 29302599

22. Neilson G, Chaimowitz G. Informed consent to treatment in psychiatry. Canadian Journal of Psychiatry. Revue Can J Psychiatry. 2015; 60(4):1-11. PMCID: PMC4459249

23. Kassim PN, Alias F. End-of-life decisions in Malaysia: Adequacies of ethical codes and developing legal standards. J Law Med. 2015; 22(4):934-50. PMID: 26349388

24. Hileli I, Weyl Ben Arush M, Hakim F, Postovsky S. Association between religious and socio-economic background of parents of children with solid tumors and DNR orders. Pediatr Blood Cancer. 2014; 61(2):265-8. DOI: 10.1002/pbc.24712 PMID: 23940107

25. 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. DOI: 10.1097/CCM.0b013e31817c79fe PMID: 18496357

26. Fayyazi Bordbar MR, Tavakkoli K, Nahidi M, Fayyazi Bordbar A. Investigating the attitude of healthcare providers, patients, and their families toward "Do Not Resuscitate" orders in an Iranian Oncology Hospital. Indian J Palliat Care. 2019; 25(3):440-44. DOI: 10.4103/IJPC.IJPC_29_19 PMID: 31413462

27. Fallahi M, Banaderakhshan H, Abdi A, Borhani F, Kaviannezhad R, Karimpour HA. The Iranian physicians attitude toward the do not resuscitate order. J Multidiscip Healthc. 2016; 9:279-84. DOI: 10.2147/JMDH.S105002 PMID: 27418832