

## تبیین ادراک پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه نسبت به اتانازی: یک مطالعه کیفی

صالح سلیمی<sup>۱\*</sup>، ژیلار رحیمی<sup>۲</sup>، اسفندیار بالجانی<sup>۳</sup>، توران تیزفهم<sup>۲</sup>، رزینا چراغی<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup> دانشیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه، ارومیه، ایران  
<sup>۲</sup> کارشناسی ارشد، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه، ارومیه، ایران  
<sup>۳</sup> کارشناسی ارشد، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران  
 \* نویسنده مسئول: صالح سلیمی، دانشیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه، ارومیه، ایران.  
 ایمیل: salimitr@gmail.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۰۷/۰۱

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۳/۱۰/۲۱

## چکیده

**مقدمه:** اتانازی از بحث انگیزترین ترین موضوع‌ها در زمینه اخلاق پزشکی است. پرستاران بخش‌های ویژه با چالش جداسازی بیماران لاعلاج و دچار مرگ مغزی از دستگاه‌ها مواجه هستند که نوعی اتانازی غیر فعال است. هدف از این مطالعه تبیین درک پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه نسبت به پدیده اتانازی می‌باشد.

**روش کار:** این مطالعه یک پژوهش کیفی با رویکرد تحلیل محتوای قراردادی است که بر روی ۳۰ نفر از پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه یکی از بیمارستان‌های دولتی ارومیه با نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انجام شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پنج مصاحبه گروه متمرکز استفاده شد. روند تحلیل داده‌ها بر اساس روش Graneheim & Lundman انجام گرفت. صحت داده‌ها با چهار معیار مقبولیت، قابلیت اعتماد، تأیید پذیری و انتقال پذیری تثبیت شد.

**یافته‌ها:** سه درون مایه اصلی و هفت درونمایه فرعی از نتایج این مطالعه استخراج گردید. درون مایه‌های اصلی عبارت بودند از: شناخت نسبت به اتانازی، نگرش مثبت نسبت به اتانازی، نگرش منفی نسبت به اتانازی.

**نتیجه‌گیری:** اکثر پرستاران شناخت درستی از اتانازی نداشته و برداشت‌های متفاوت و گاه متناقضی از اتانازی داشتند. نبود قانون و آئین نامه اجرایی مشخص هم باعث سردرگمی آنان است. لذا برگزاری دوره‌های بازآموزی و شفاف‌سازی قانونی در این خصوص ضرورت دارد.

**واژگان کلیدی:** اتانازی، پرستاران، مطالعه کیفی

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

## مقدمه

در دهه‌های اخیر پیشرفت‌های پزشکی علت اصلی مرگ را از امراض حاد و عفونی به بیماری‌های قلبی-عروقی، حوادث و بدخیمی‌ها تغییر داده و سبب افزایش طول عمر شده است (۱). افزایش طول عمر مفهوم مرگ در جوامع بشری را تغییر داده است (۲) و منجر به کاهش کیفیت زندگی شده و موضوع کجا و چگونه مردن اهمیت ویژه‌ای یافته است. خواست برخی برای کنترل فرآیند مردن به اندازه‌ای است که برای مرگ خود برنامه می‌ریزند و خارج از نظام درمانی رسمی به آن تحقق می‌بخشند (۳). این فرآیندها منجر به افزایش مباحثات مرتبط با اتانازی شده است. البته شاید یک علت دیگر طرح موضوع بحث انگیز اتانازی مشکلات نظام بهداشتی و درمانی باشد که با کمبود امکانات و لزوم اولویت بندی در تخصیص امکانات مواجه شده‌اند (۴).

انجمن جهانی پزشکی (World Medical Association) اتانازی را اجرای آگاهانه و عمدی عملی که به طور آشکار قصد پایان دادن به زندگی فردی را دارد، تعریف کرده است. این عمل با دلسوزی و بدون

نفع شخصی بر عهده گرفته می‌شود و بر همین اساس اتانازی را قتل ترحم آمیز یا مرگ از روی شفقت نامیده‌اند (۵). انواع مختلف اتانازی عبارتند از اتانازی فعال و غیر فعال. هر یک از این دو در تقسیم بندی‌های ثانویه به انواع داوطلبانه، غیر داوطلبانه و اجباری تقسیم می‌شوند. تفاوت دو نوع فعال و غیر فعال این است که پزشک در روند پایان دادن به زندگی بیمار، نقشی فعال یا غیرفعال دارد (۶). اتانازی غیر فعال غیر داوطلبانه که در مطالعه حاضر مد نظر پژوهشگران است، معمولاً در مورد بیمارانی به کار می‌رود که شرایط بسیار وخیمی دارند و پزشکان هم مطمئن هستند که درمان امکان پذیر نیست. در این حالت یا درمان قطع می‌شود یا درمان‌های جدید شروع نمی‌شود (۷).

از آنجا که اتانازی عملی غیر قابل برگشت است و به مرگ حتمی بیمار منجر می‌شود، طی دو دهه گذشته بحث درباره اتانازی به طور چشمگیری افزایش یافته است (۸). اما سؤال اصلی در این حوزه این

است که در حرفه‌های پزشکی که مسئولیت خطیر آن درمان بیماران و نجات جان انسان‌ها است (۹)، آیا افراد کادر درمانی می‌توانند در ایجاد مرگ بیماران سهیم گردند یا باید بطور کلی از این مسئله دوری گزینند (۱۰). پاسخ به این سؤال آسان نیست اما جامعه پزشکی با طرح شدن این مسئله غامض مخالفتی نداشته است و زمینه یابی‌های بسیاری نیز در کشورهای مختلف برای ارزیابی نظر جامعه عمومی، پزشکان، پرستاران، بیماران و بستگان بیماران در این باره انجام شده است.

نتایج مطالعه Emanuel و همکاران در آمریکا، حاکی از آن بود که فقط ۱۰ درصد از بیماران به طور جدی به اتانازی به عنوان راهی جهت رهایی از درد فکر کرده بودند و در مرحله عمل فقط ۴ درصد با پزشک خود در این مورد به توافق رسیده بودند (۱۱). بر اساس نتایج مطالعه‌ای که در کشور سوئدان انجام گرفته است حدود یک چهارم از پزشکان و پرستاران شرکت کننده در مطالعه، اتانازی داوطلبانه را از نظر اخلاقی و قانونی قابل قبول می‌دانستند. تعداد محدودی از پزشکان و پرستاران معتقد بودند که برخی اوقات درخواست بیمار جهت تسریع مرگ می‌تواند منطقی باشد و تعداد اندکی از نمونه‌ها بیان داشتند که در صورت قانونی و اخلاقی بودن اتانازی اقدام به انجام این کار می‌کنند (۱۲). در مطالعه‌ای در دانشگاه علوم پزشکی تهران در مورد نگرش اینترنتی‌ها نسبت به اتانازی، ۵۴ درصد دانشجویان با اتانازی مخالف بوده‌اند که بیشترین میزان مخالفت با اتانازی غیر فعال، غیر داوطلبانه اظهار شده است (۱).

برخی مطالعات در کشورهای خارجی نشان داده‌اند که پرستاران به دلیل ساعات طولانی مراقبت از بیماران و تماس طولانی با همراهان معمولاً مورد درخواست یا سؤال درباره اتانازی قرار می‌گیرند (۱۳، ۱۴). این در حالی است که در مباحث اخلاقی پیرامون اتانازی، منحصرأ به درگیری، مسئولیت و وظیفه پزشکان پرداخته شده است و درگیری پرستاران به ندرت مورد توجه قرار گرفته است (۱۵). در کشور ایران در سال‌های اخیر چندین مطالعه کمی در مورد نگرش نسبت به اتانازی در میان گروه‌های مختلف از جمله پرستاران و دانشجویان پرستاری انجام شده است (۱، ۲، ۶، ۱۲)، اما بیشتر این مطالعات درک عمیقی از درک و برداشت پرستاران نسبت به موضوع ارائه نمی‌دهند و احساسات، درک، نگرانی‌ها، تأثیر فرهنگ ایرانی و باورهای مذهبی و ... آن‌ها را به خوبی موشکافی نکرده‌اند. لذا مطالعه حاضر با هدف تبیین درک پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه نسبت به پدیده اتانازی انجام شد.

## روش کار

این مطالعه یک پژوهش کیفی به روش تحلیل محتوای قراردادی است. مشارکت کنندگان در این پژوهش پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه بیمارستان امام خمینی (ره) وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ارومیه انتخاب شدند. به منظور گردآوری داده‌ها، با طراحی پنج مصاحبه گروه متمرکز نیمه ساختار یافته (semi-structured) تجربه پرستاران در مورد اتانازی مورد بررسی قرار گرفت. این شیوه مصاحبه بدلیل استفاده از سؤالات آماده مدیریت بهتر زمان را امکان پذیر ساخته و در عین حال بعلت آزادی بیان و مباحثه بین اعضای گروه به درک عمیق‌تر از موضوع و مباحث کمک می‌کند. معیار انتخاب تعداد مشارکت کنندگان در این مطالعه، مشابه مطالعات کیفی رسیدن به اشباع اطلاعاتی (data saturation) بود و جایی که داده جدیدی به دست نیامد، نمونه‌گیری به پایان رسید. معیار ورود مشارکت کنندگان به مطالعه حداقل دو سال کار در بخش ICU و چهار سال کار در بیمارستان بود.

بر این اساس پنج گروه شش نفری مصاحبه گروه متمرکز با ۳۰ پرستار شاغل در بخش‌های ویژه تا رسیدن به اشباع داده‌ها انجام شد. مصاحبه‌ها از اسفند ۱۳۹۳ تا اردیبهشت ۱۳۹۴ در کلاس‌های بخش جراحی بیمارستان انجام شد. طول مدت مصاحبه بین ۴۵ تا ۶۰ دقیقه و به زبان فارسی انجام شد و با کسب اجازه از مصاحبه شونده‌گان، صدای آن‌ها ضبط شد. پس از تجزیه و تحلیل هر مصاحبه جلسات بعدی تشکیل می‌گردید. در طول مصاحبه به تعامل بین شرکت کنندگان تاکید می‌شد. در طی جلسات از افراد خواسته شد تا به توصیف تجربیات و ادراکات خود در رابطه با اتانازی بپردازند. چند سؤال اصلی در مصاحبه مطرح شد. نظیر "از اتانازی چه شناختی دارید و این شناخت را چگونه کسب کرده‌اید؟"، "در مورد انجام اتانازی برای بیماران مرحله پایانی و مرگ مغزی چه فکر می‌کنید و مبنای این تفکر شما چیست؟" و ... از همه گروه‌ها پرسیده می‌شد. در مواقع لزوم برای درک صحیح صحبت‌های مشارکت کنندگان سؤالات کوتاهی هم نظیر لطفأً بیشتر توضیح دهید یا لطفأً مثالی بزنید، پرسیده می‌شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل محتوی با رویکرد قراردادی استفاده شد. این روش تجزیه و تحلیل جهت استخراج و استنباط مفاهیم و معانی مناسب می‌باشد. روند تحلیل داده‌ها بر اساس روش Graneheim & Lundman انجام گرفت (۱۶). بدین منظور بعد از دستنویس کردن مصاحبه‌ها، متن مصاحبه‌ها چندین بار توسط پژوهشگران خوانده می‌شد تا حس کلی حاصل شود. سپس دو نفر از پژوهشگران به صورت مجزا کلمه به کلمه متون را خوانده و داده‌ها را به شکل باز کد گذاری می‌کردند. پس از آن کدها بر اساس شباهت به داخل طبقات دسته بندی شده و نحوه ارتباط بین آن‌ها تعیین می‌شد و با متراکم سازی کدها، کدهای سطح دوم و سوم شکل داده می‌شد. پس از هر مرحله کدگذاری روی عنوان بندی درونمایه موافقت می‌شد. در نهایت محتوای نهفته تعیین و درونمایه‌های اصلی استخراج و نتایج توصیف می‌شد.

برای سنجش صحت داده‌های کیفی، چهار معیار مقبولیت، قابلیت اعتماد، تأیید پذیری و انتقال پذیری مورد توجه قرار گرفت (۱۷). برای تأمین اعتبار و مقبولیت داده‌ها از روش روایی پاسخگو و کنترل توسط افراد صاحب نظر استفاده شد. بدین منظور ضمن استفاده از نظرات اصلاحی شرکت کنندگان، از دو نفر از مدرسین دانشگاه آزاد و علوم پزشکی ارومیه که تجربه کارهای کیفی داشتند خواسته شد که داده‌ها و روش را مورد کنکاش قرار دهند. برای کاهش تورش تحلیلی و ارتقای قابلیت اعتماد (confidentiality) پیاده کردن نوار مکالمه‌ها به صورت کلمه به کلمه بر روی کاغذ، بلافاصله پس از هر جلسه انجام گرفت. سعی شد در همان روز یادداشت‌ها و تفاسیر خود پژوهشگرها نیز مکتوب گردد. به منظور تأیید پذیری داده‌ها از بازنگری ۱۰ نفر از شرکت کنندگان استفاده شد، یعنی بعد از کدگذاری، متن مصاحبه به شرکت کننده بازگردانده می‌شد تا از صحت کدها و تفاسیر اطمینان حاصل شود. جهت تأیید انتقال پذیری نیز، یافته‌ها با پرستارانی که در مطالعه شرکت نداشتند در میان گذارده شد و آن‌ها مناسب بودن یافته‌ها را مورد تأیید قرار دادند.

"وقتی که امیدی به برگشتن بیمار نیست چرا باید او را از حق مرگ راحت محروم کرد و بیشتر او را عذاب داد" (م. ۷). مشارکت کننده موافق دیگری نیز علت موافقتش را اینگونه بیان کرد:

"به نظر من مرگ راحت خیلی بهتر از با زجر زندگی کردن و هر شب از درد به خود پیچیدن و منتظر مرگ بودن است" (م. ۱۲).

۲. احترام به حق تصمیم گیری بیمار: از جمله دلایل ذکر شده در دفاع از اتانازی حق انتخاب و استقلال فردی است. در حقیقت این پرستاران، موافق حق بیمار در عدم پذیرش درمان‌های خود بودند و معتقد بودند که بیماران همیشه از اینکه تحت فشار درد و رنج بیماری هستند ناراحت نیستند، بلکه از این که می‌دانند زندگی آنان رو به اتمام است و خود را باری بر دوش دیگران می‌دانند آزرده خاطر می‌شوند و این حق آنان است که در مکان و زمانی که خود می‌خواهند به زندگیشان پایان داده شود.

در این باره مشارکت کننده‌ای اظهار داشت:

"به بیمار هوشیاری که در مراحل انتهایی باشد باید حق انتخاب داد و این حق بیمار است که بخواهد راحت بمیرد" (م. ۱).

مشارکت کننده دیگری نیز گفت: "اگر بیمار در مراحل انتهایی زندگی باشد و خودش درخواست اتمام زندگی را بکند از نظر من اشکالی ندارد و من به انتخاب او احترام می‌گذارم" (م. ۱۱).

۳. هزینه-سودمندی: برخی از شرکت کنندگان در پژوهش معتقد بودند که حفظ زندگی بیماری که امیدی به بازگشت او نیست هم برای همراهان بیمار و هم برای نظام درمان هزینه‌های زیادی دارد. همچنین تختی که توسط یک بیمار رو به مرگ اشغال شده است می‌تواند برای بیماری که نیازمند این مراقبت‌هاست و این مراقبت‌ها منجر به بهبودی او خواهند شد استفاده شود. از این رو اغلب پرستاران موافق انجام اتانازی این بعد قضیه را نیز مد نظر داشتند.

مشارکت کننده‌ای در این باره گفت:

"نگه داشتن این بیماران یک کار بیهوده است و فقط هزینه‌های زیاد و اضافی را برای همراهان بیمار دارد و باعث اشغال شدن تخت‌های ICU می‌شود در حالی که می‌توان این مراقبت‌ها را برای بیماری که مثلاً ترومایی است و با انجام مراقبت‌های ویژه بهبود می‌یابد انجام داد" (م. ۲۷).

تعدادی از مشارکت کنندگان بیان کردند که:

"در برخی از موارد همراهان این بیماران وقتی از مراقبت وی درمانده می‌شوند به ناچار بیمار را بستری می‌کنند و شاید راضی به انجام اتانازی باشند اما نتوانند صریحاً این مطلب را بیان کنند و با اتانازی شاید بتوانیم درد و رنج همراهان بیماران را نیز کم کنیم: "خیلی از همراهان خودشون هم می‌خواهند به زندگی بیمارشان خاتمه داده شود ولی نمی‌تونن به روشن بیانند" (م. ۹).

برخی از مشارکت کنندگان همچنین معتقد بودند که صرف وقت برای مراقبت از این بیماران اتلاف وقت است و این زمان و انرژی را می‌توان برای بیماران دیگر صرف کرد:

"می‌دانم کارهایی که برای این بیماران انجام می‌دهم بیهوده است" (م. ۵).

مشارکت کننده دیگری گفت:

در این مطالعه پس از ارائه توضیحات کافی و روشن به پرستاران، از پرستاران متمایل به شرکت در مطالعه رضایت نامه کتبی اخذ می‌شد. پژوهشگران نیز متعهد می‌شدند که مصاحبه‌ها را محرمانه حفظ کرده و انتشار نتایج پژوهش هیچ آسیبی به مشارکت کنندگان نرساند.

## یافته‌ها

از ۳۰ پرستار شرکت کننده در این پژوهش ۶۳ درصد زن و ۳۷ درصد مرد بودند. محدوده سنی آنان بین ۲۵ تا ۴۲ سال و با میانگین سابقه کار ۵ سال و تمامی پرستاران مسلمان بودند.

از تجارب شرکت کنندگان در این پژوهش سه درون مایه اصلی شناخت نسبت به اتانازی، نگرش مثبت نسبت به اتانازی، نگرش منفی نسبت به اتانازی استخراج گردید که در زیر به تفصیل بحث شده‌اند. شناخت نسبت به اتانازی: این درون مایه اصلی دارای دو زیر طبقه عدم شناخت و شناخت محدود بود. بیشتر شرکت کنندگان در خصوص اتانازی هیچ اطلاعاتی نداشتند و معنی لغوی آن را نیز نمی‌دانستند. بقیه شرکت کنندگان آگاهی از مفهوم اتانازی داشتند و به گفته آنان این اطلاعات را از طریق مقالات، سمینار، همکاران و فیلم کسب کرده بودند. بر مبنای مصاحبه‌های انجام شده مشخص شد که اغلب پرستاران مورد سؤال تعریف واحدی از اتانازی نداشته و بعضاً "تعاریف آن‌ها با تعاریف منابع علمی مغایرت داشت و محدود بود.

یک پرستار طرحی در توصیف اتانازی گفت:

اتانازی یعنی تزریق داروی مرگ به بیمار به منظور پایان دادن به حیات وی" (م. ۴).

برخی از مشارکت کنندگان اتانازی را تسریع مرگ یا مرگ راحت می‌دانستند:

"اتانازی یعنی انجام کار یا عملی برای راحت و بدون درد مردن بیمار" (م. ۱۳).

برخی دیگر آن را معادل قتل می‌دانستند:

"اتانازی یعنی کشتن آدم یا بیمار به روش‌های مختلف" (م. ۱۷).

## نگرش مثبت نسبت به اتانازی

این درون مایه اصلی دارای سه زیر طبقه موافقت با اتانازی، موافقت مشروط و مشارکت در انجام اتانازی بود.

### الف- موافقت با اتانازی

نزدیک به نصف مشارکت کنندگان مطالعه بطور کلی با اتانازی موافق بودند. از نظر طرفداران اتانازی انتخاب زمان و نحوه مرگ از جمله حقوق انسانی است و باعث کاهش رنج بیماران رو به مرگ می‌شود. این زیر طبقه خود دارای سه واحد فشرده پایان دادن به رنج و عذاب بیمار، احترام به حق تصمیم بیمار و هزینه-سودمندی بود.

۱. پایان دادن به رنج و عذاب بیمار: به اعتقاد برخی از پرستاران شرکت کننده در مطالعه؛ در مواردی که بیمار تحت فشار درد و بیماری لاعلاج قرار دارد، انکار حق انتخاب مرگ برای بیمار عملی انسانی نبوده و اتانازی در این شرایط راهی عادلانه برای جلوگیری از ادامه درد و رنج بیمار است:

"انسان برای این زنده است که زندگی کند نه اینکه زجر بکشد، زندگی این بیماران جز زجر کشیدن چیز بیشتری نیست" (م. ۲۱).

مشارکت کننده دیگری در این مورد گفت:

از لحاظ قانونی. دو نفر از مشارکت کنندگان در بیانات مشابهی گفتند: "من بطور کلی با اتانازی موافقم اما حتی اگر همراهان بیمار راضی باشند و دکتر دستور داده باشد باز هم شخصاً این کار را انجام نمی‌دهم و نمی‌توانم مریض را از دستگاه جدا کنم" (م. ۶) و (م. ۱۷).

یکی از پرستاران عنوان کرد:

"اغلب پرستاران با اینکه می‌دانند کارهایی که می‌کنند بی فایده است ولی مجبورند چون می‌دانند اگر این کار را نکنند بعداً ایراد می‌گیرند و کوتاهی تلقی می‌کنند" (م. ۷).

به عبارت دیگر، پرستارانی که با انجام اتانازی موافقت در حوزه وظیفه خود گیر می‌کنند نه در حوزه عقیده خود. گفتار یکی از مشارکت کنندگان بخوبی این موضوع را نمایان می‌کند:

"اشکال از سیستم است چون حتی اگر از مراقبت‌های تهاجمی کم کنیم زیر سؤال می‌رویم" (م. ۸).

### نگرش منفی نسبت به اتانازی

مخالفان اتانازی اینگونه استدلال می‌کنند که خودمختاری و آزادی فردی محدود بوده و حق تصمیم‌گیری فردی نباید به عنوان ملاک اتانازی به جامعه تعمیم داده شود. یکی از دلایلی که پرستاران در مخالفت با اتانازی بیان کردند:

"قتل دانستن اتانازی" بود. به عقیده این پرستاران چه با تزریق داروی مرگ به زندگی بیمار پایان داده شود و چه با کاهش درمان‌های حمایتی، نتیجه یکسان خواهد بود و ما مستقیماً منجر به مرگ فرد شده‌ایم!

یکی از مشارکت کنندگان در این مورد اظهار داشت:

"در هر دو صورت ما مستقیماً باعث مرگ مریض می‌شویم، مهم نیست از چه طریقی. مهم نتیجه کارمان است که بیمار می‌میرد" (م. ۲). برخی‌ها نیز بیان کردند که:

"در شرایط انتهایی زندگی بهتر است به جای تسریع مرگ بیمار شرایطی را فراهم کرد که بیمار مرگ راحتی داشته باشد: "با این کار (اتانازی) موافق نیستم، ولی با این موافقم که بیمار مراحل انتهایی زندگی را با اقدامات تسکینی در منزل ادامه دهد و مرگ طبیعی داشته باشد" (م. ۴).

برخی‌ها نیز معتقد بودند که:

"انسان به امید زنده است و تا لحظه آخر نباید ناامید بود: من فکر می‌کنم پزشکان و پرستاران قدری سنگ دل هستند و زود از مریض می‌گذرند و ناامید می‌شوند. نباید ناامید شد و باید دنبال راهی برای حفظ زندگی بیمار گشت" (م. ۲۸).

از جمله دلایل دیگر مخالفت با اتانازی، امکان خطا در تشخیص‌های پزشکی بود. یکی از مشارکت کنندگان بیان کرد: "شاید وخامت و پیش‌آگهی بیماری به شدت آنچه که پزشک پیش‌بینی کرده نبوده و مرگ بیمار قریب الوقوع نباشد" (م. ۲۰).

مشارکت کننده دیگری اظهار داشت:

"... در این صورت - خطا در تشخیص پزشکی - وحشتناک خواهد بود که حیات یک انسان بواسطه اشتباه تباه شود. برخی از موارد نمی‌توان به تشخیص‌های پزشکی اعتماد کرد و مطمئن بود که بیمار حتماً خواهد مرد" (م. ۲۶). یک مشارکت کننده هم اظهار داشت:

"به نظر من کار کردن با این بیماران وقت تلف کردن است چون می‌دانیم که خواهند مرد، به جای این بیمار می‌توان یک مریض ترمایی جوان که با انجام مراقبت‌های ویژه زنده می‌ماند را بستری کرد" (م. ۲۴).

### ب- موافقت مشروط با اتانازی

موافقت برخی از مشارکت کنندگان با اتانازی مشروط بر وجود شرایطی بود. این زیر طبقه خود دارای چهار واحد فشرده وجود مجوز قانونی و شرعی، نوع غیرفعال غیر داوطلبانه، وجود موافقت بستگان و نزدیکان و سن بالا بود.

(۱) وجود مجوز قانونی و شرعی: یکی از این شروط کسب اجازه قانونی و شرعی برای اقدام به اتانازی بود. مشارکت‌کننده‌ای در این مورد گفت: "به نظر من بستگی به شرایط زمانی داره مثلاً قبلاً اجازه پیوند اعضا نمی‌دادند ولی بنا به شرایط جدید احکام و قوانین جدید هم صادر می‌شوند، اگر احکام و قوانین خاصی در این مورد صادر شود موافقم" (م. ۱).

(۲) نوع غیرفعال غیر داوطلبانه: در این مطالعه، فقط اتانازی غیر فعال غیر داوطلبانه مورد موافقت پرستاران بود. از نظر شرکت کنندگان در مصاحبه؛ کم کردن درمان‌های نگهدارنده با تزریق داروی مرگ به بیمار بسیار متفاوت است.

نظر یکی از مشارکت کنندگان در این خصوص کم و بیش مقبول همه مشارکت کنندگان بود:

"... به عبارت دیگر وقتی که پزشک یا پرستاری درمان‌های شفا بخش را از بیمار مراحل انتهایی زندگی دریغ می‌کند، در مسیر سرنوشت مقدر شده گام برمی‌دارد. اما تزریق داروی مرگ آور به بیمار در تضاد آشکار با رسالت پزشکی است و نقش کادر درمان را از نجات دهنده جان انسان‌ها به اهدا کننده مرگ تبدیل می‌کند" (م. ۱۱).

(۳) موافقت بستگان و نزدیکان: اغلب شرکت کنندگان در این مطالعه، موافقت با اتانازی را به همراهی و تأیید یا خواست خانواده بیماران مشروط می‌کردند. به نظر این پرستاران خویشان بیمار حق تصمیم‌گیری در مورد حیات بیمار غیر هوشیار لاعلاج را دارند:

"... البته باید خانواده و بستگان قانونی این بیماران هم موافقت کتبی داده باشند تا بعداً هم مشکلات قانونی پیش نیاید و هم آدم احساس گناه کمتری در مورد قطع درمان‌ها بکند" (م. ۱۴).

(۴) سن بالا: برخی از مشارکت کنندگان عامل سن را در تصمیم‌گیری خود دخیل می‌دانستند و معتقد بودند که با اتانازی در بیماران مسن‌تر که امید کمتری به بهبودی آنان است موافق‌ترند تا در بیماران جوان‌تر. به اعتقاد آن‌ها بیماران جوان بهتر به درمان پاسخ می‌دهند:

"بیماران جوان به درمان بهتر جواب می‌دهند باید تا مراحل آخر درمان را ادامه داد" (م. ۲۹).

مشارکت کننده دیگری گفت "خوب من هم اینطوری فکر می‌کنم. بالاخره افراد سالخورده عمرشان را کرده‌اند. به درما نها هم کمتر جواب می‌دهند. با اتانازی در جوان‌ها خیلی موافق نیستم" (م. ۳۰).

### ج- مشارکت در انجام اتانازی

برخی از پرستاران بیان کردند با وجود اینکه با انجام اتانازی موافق هستند اما در مرحله عمل توانایی انجام آن را ندارند از جمله دلایلی که برای عدم توانایی مشارکت در اتانازی ذکر شد عبارت بودند از: احساسات فردی، مخالفت مسئولین با انجام اینکار و مجرم تلقی شدن

هیچ کس حق ندارد جان انسانی را بگیرد. هیچ یک از ادیان الهی انجام اتانازی فعال را مجاز نمی‌دانند (۶). با وجود اینکه از نظر قانون و ادیان حاکم در اکثر کشورها، اتانازی عملی مطرود است ولی به نظر می‌رسد که گروهی از پرستاران به دلیل رنج کشیدن بیمار، احترام به حق تصمیم‌گیری بیمار، توجه به بحث هزینه-سودمندی و ... حاضر به پذیرش اتانازی هستند (۲۴). میزان موافقت یا مخالفت با اتانازی در مطالعات انجام شده تا به امروز نشان دهنده اعداد و ارقام متفاوت بوده است. میزان پذیرش اتانازی در ایران همچون بسیاری از کشورها، اندک است (۲۵، ۲۶) و مخالفت با اتانازی فعال و مفهوم زیربنایی آن یعنی کشتن به مراتب بیش از اتانازی غیرفعال و مفهوم زیر بنایی آن یعنی اجازه مرگ دادن است.

در برخی از مطالعات داخلی موافقت با اتانازی در بین پرستاران جوان‌تر و از لحاظ کاری کم سابقه تر بیشتر از سایر پرستاران گزارش شده است (۲۵، ۲۶) و در برخی دیگر با افزایش سابقه کاری و سن نگرش نسبت به اتانازی مثبت‌تر گزارش شده است (۲۷، ۲۸). برخی مطالعات دیگر نیز اثر متغیر سن را رد کرده‌اند (۸). در هیچیک از مطالعات فوق‌الذکر به اثر متغیر مذهب بر نگرش نسبت به اتانازی پرداخته نشده است. بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر تأثیر مذهب به درک نسبت به اتانازی بسیار بارز بود.

در مطالعه رستگاری نجف آبادی و همکاران در مورد دیدگاه پرستاران در مورد اتانازی بیشترین میزان مخالفت با اتانازی، مخالفت با نوع فعال داوطلبانه آن گزارش شده است (۲۸). نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که میزان کلی ۶۰-۷۰ درصد مقاومت در مقابل اتانازی فعال داوطلبانه حداکثر مخالفت در جامعه پرستاران مورد مطالعه است (۲۸). در دو مطالعه کمی دیگر نیز در ایران اکثریت غالب پرستاران با اتانازی مخالف بوده‌اند (۲۵، ۲۶) که این یافته‌ها با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد. یکی از اصول چهارگانه اخلاق پزشکی نوین احترام به اصل مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری‌های مربوط به کنترل بیماری و درمان وی است. بر این اساس، تصمیم‌گیرنده نهایی در خصوص روند درمان خود بیمار تلقی می‌شود (۵). بر اساس فلسفه کانت نیز پزشک باید بدون هیچ قید و شرطی به آزادی تصمیم‌گیری و انتخاب بیمار احترام بگذارد. هر چند این اصل در تعارض آشکار با آموزه‌های دینی است اما تعدادی از شرکت‌کنندگان با انجام اتانازی غیر فعال موافق بودند، مشروط بر اینکه به جای تعجیل در مرگ بیمار، اقدامات تهجمی را کاهش داده و شرایطی را فراهم کرد که بیمار در شرایطی مناسب و بدون درد به زندگی پایان دهد. به نظر اغلب شرکت‌کنندگان موافق با اتانازی در مطالعه به جای نوع فعال اتانازی و مشارکت در مرگ بیمار، می‌توان با اقدامات تسکینی مانع از درد کشیدن بیشتر وی شد و یا اینکه وی را به منزل منتقل کرد و در کنار اعضای خانواده و در شرایطی که خودش تمایل دارد لحظات پایان عمرش را سپری کند. این یافته با نتایج مطالعه رستگاری نجف آبادی و همکاران که در آن مخالفت بالایی با اتانازی غیر فعال غیرداوطلبانه گزارش شده است مطابقت ندارد (۲۸). این مسئله تأییدی بر تفاوت اخلاقی میان انواع اتانازی و آمادگی پذیرش عمومی جهت اجرای نوع غیرفعال اتانازی می‌باشد. بهبود کنترل عوامل آزار دهنده بیمار مانند درد در کاهش درخواست اتانازی از سوی بیماران مؤثر بوده اما نقش آن در تغییر نظر پرستاران ثابت نشده است (۲۹).

"... با توجه به نسبییت علم بشر و روند سریع پیشرفت‌های تکنولوژیک و درمانی، همواره باید به درمانها و روشهای جدید درمانی امیدوار بود" (م. ۱۹).

برخی از پرستاران نیز اتانازی را مخالف با رسالت پزشکی و پرستاری دانستند. مشارکت‌کننده‌ای اظهار داشت:

"به اعتقاد من پذیرش اتانازی می‌تواند حیثیت و حرمت جامعه پزشکی و پرستاری را مخدوش کند و در تقابل با رسالت جامعه پزشکی و پرستاری است چون کار پزشک و پرستار نجات جان انسانهاست نه کشتن انسانها" (م. ۱۰).

### تأثیر مذهب بر نگرش نسبت به اتانازی

اعتقادات و باورهای دینی و مذهبی و فرهنگی باعث می‌گردد تا استقلال فردی و انتخاب در یک پارادایم معنی دار مورد قبول باشد.

شرکت‌کنندگان در پاسخ به این سؤال مصاحبه که "دیدگاه شما نسبت به اتانازی چقدر ممکن است تحت تأثیر گرایشات مذهبی شما باشد؟" اکثراً بیان کردند که دیدگاه آنان در مورد اتانازی مستقیماً از اعتقادات مذهبی آنان منشاء می‌گیرد. یک مشارکت‌کننده در این مورد گفت:

"نظرم کاملاً با عقاید و اعتقادات مذهبی‌ام ارتباط دارد و تحت تأثیر آنهاست چون معتقدم که مرگ دست خداست" (م. ۱۵). مشارکت‌کننده دیگری اظهار داشت:

"به نظر من دینمان هم با این کار مخالف هست و نظرم کاملاً تحت تأثیر مذهب است چون مرگ و زندگی ما بدست خداست" (م. ۲).

اقلیتی از پرستاران نیز معتقد بودند که این موضوع ارتباطی به مذهب ندارد و بیشتر به وجدان افراد مرتبط است: دیدگاهم متأثر از دینام نیست.

"به اعتقاد من همه موضوعات علمی و روز را در قالب دین بسنجیم... فقط بنظرم این کار وجدانی نیست" (م. ۱۶).

### بحث

این مطالعه برای اولین بار در ایران به تبیین درک پرستاران در مورد اتانازی با رویکرد کیفی پرداخته است. در مطالعات محدود کمی در داخل کشور کمتر به درک پرستاران در این امر پرداخته شده است، این در حالی است که برخی مطالعات در خارج از کشور نشان داده‌اند که پرستاران بطور مکرر مورد درخواست برای انجام اتانازی قرار می‌گیرند (۱۳، ۱۴).

شرکت‌کنندگان در مطالعه، اعتقاد مذهبی پرستاران را مهمترین عاملی می‌دانستند که می‌تواند در دیدگاه آن‌ها نسبت به اتانازی تأثیر داشته باشد، که این نتایج با مطالعات قبلی در این زمینه همخوانی دارد و نشان دهنده کاهش تمایل برای انجام اتانازی با افزایش سطح اعتقادات مذهبی افراد است. نتایج مطالعه‌ای در استرالیا نشان داد که پرستاران غیر مذهبی یا با ضعیف‌ترین باورهای دینی، بیشترین حمایت را از اتانازی داشتند (۱۸). در بسیاری از پژوهش‌ها گرایش‌های دینی یکی از قوی‌ترین ویژگی‌های همبسته با نگرش منفی نسبت به اتانازی بوده‌اند (۸، ۱۹-۲۳).

عقیده مشترک بسیاری از ملل و مذاهب مختلف از جمله مسیحیت، اسلام و یهودیان این است که زندگی، هدیه خداوند به انسان است و باید با تمام توان در حفظ آن کوشید و بیماری و سختی‌های آن جزئی از سرنوشت و زندگی آدمی است که باید به طور طبیعی طی شود و

را عامل مخالفت با اتانازی می‌شمارند به نظر می‌رسد این دلیل چندان منطقی نباشد، چرا که هر اقدامی که در پزشکی صورت می‌گیرد حاصل تحلیل شواهد موجود بوده و کمتر پزشک به قطعیت تام آنچنان که در معارف فلسفی ماست، می‌رسد (۱۰).

### نتیجه گیری

کمیود اطلاعات در خصوص اتانازی و برداشت‌های گنگ و مغشوش از اتانازی در بین مشارکت کنندگان وجود داشت. اکثریت مشارکت کنندگان در پژوهش مخالف اتانازی بودند و دیدگاه آنان قویاً متأثر از باورهای مذهبی آن‌ها بود. در گروه موافقان عمدتاً موافقت مشروط به عوامل گوناگون از جمله تبیین جایگاه شرعی و قانونی اتانازی بود.

با توجه با محدودیت تعداد مشارکت کنندگان و تابو بودن موضوع در نظام رسمی کشوری و تبعات آن در خودسانسوری، تعمیم نتایج پژوهش بایستی با دقت و احتیاط انجام گیرد.

لذا تدوین و برگزاری دوره‌های بازآموزی و شفاف سازی قانونی در این خصوص برای پرستاران پیشنهاد می‌شود.

### سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از نتایج طرح مصوب پژوهشی به شماره ۱۶۸۵۵/۱۳/۰۲ و تاریخ ۲۸/۵/۹۳ به همین نام در دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه می‌باشد. پژوهشگران بر خود فرض می‌دانند که از حوصله و همکاری مسئولین محترم بخش‌های ویژه بیمارستان امام خمینی ارومیه نهایت سپاس و قدردانی خود را اعلام نمایند. همینطور از سرکار خانم سمیرا صفری، کارشناس ارشد پرستاری شاغل در بیمارستان امام خمینی بدلیل لطف و همکاری فراوان ایشان در تنظیم وقت جلسات مصاحبه و هماهنگی با مشارکت کنندگان نهایت سپاس را دارند.

### References

1. Tavoosiyan A, Sedaghat M, Aramesh K. [Euthanasia: assessment of medical students' perspective]. *Int J Med Educ.* 2009;3(1):43-52.
2. Kazemiyan A. [Evaluating Physicians points of view about terminally ill patients]. *Int J Med Educ.* 2008;1(2):61-8.
3. Chabot BE, Goedhart A. A survey of self-directed dying attended by proxies in the Dutch population. *Soc Sci Med.* 2009;68(10):1745-51. DOI: 10.1016/j.socscimed.2009.03.005 PMID: 19375206
4. Abbas SQ, Abbas Z, Macaden S. Attitudes towards euthanasia and physician-assisted suicide among Pakistani and Indian doctors: A survey. *Indian J Palliative Care.* 2008;14(2):71.
5. Williams JR. *Medical ethics manual: World Medical Association*; 2005.
6. Ganjeh SAR, Dehestani M, Zadeh Mohammadi A. [Comparison of Effectiveness of Problem-Solving Skills and Emotional Intelligence Training on Decreasing Aggression in male High School Students]. *Knowl Res Appl Psychol.* 2013;14(52):38-50.
7. Wolhandler SJ. Voluntary active euthanasia for the terminally ill and the constitutional right to privacy.

در مطالعه حاضر برخی از مخالفان اتانازی با وجود اینکه حق مردن را برای افراد به رسمیت می‌شناختند، لزوماً با اتانازی و قانونی شدن آن موافق نبودند. این یافته با نظرات برخی از پژوهشگران در این زمینه همخوانی دارد. به نظر Fitzgerald حق بیمار در تصمیم گیری برای مردن، وظیفه‌ای برای ما به عنوان یک پزشک یا پرستار تعیین نمی‌کند. کادر درمان مسئول تأمین سلامتی بیمار هستند و کمک به پایان حیات در حیطه وظایف آن‌ها نیست، بنابراین، راهنمایی به چنین امری مردود و نکوهیده است (۳۰).

بر اساس اظهارات برخی از موافقان با اتانازی در این مطالعه، حفظ زندگی بیماری که امیدی به بازگشت او نیست هم برای همراهان بیمار و هم برای نظام درمان هزینه‌های زیادی در بر دارد و از این رو می‌توان این منابع و امکانات را برای بیماری که امید به بازگشت آنان است تخصیص داد. هر چند این یافته با نتایج مطالعه وکیلی و همکاران مطابقت دارد (۲۷)، اما دین مبین اسلام و بویژه آراء برخی از مجتهدین بلند مرتبه مذهب تشیع بطور صریح با این نگرش مخالف است (۴).

همچنین بر اساس نظرات شرکت کنندگان در این مطالعه برخی از پرستاران با اتانازی در افراد مسن موافقت بیشتری داشتند تا در افراد جوان و عامل سن بیمار را در تصمیم گیری خود در مورد اتانازی مؤثر می‌دانستند. نتایج مطالعه برک بر خلاف نتایج این مطالعه بیان می‌کند که اعتقاد به مناسب دانستن اتانازی برای افراد پیر، واکنش نسبتاً شدید پاسخ دهندگان را بدنبال داشته و با این موضوع مخالف بودند (۳۱). این موضوع تقابل دیدگاه مراقبت دهندگان و مراقبت گیرندگان در این بعد مسئله اتانازی را نشان می‌دهد.

مسئله دیگری که مخالفان با اتانازی در این مطالعه بیان کردند امکان بروز اشتباه در تشخیص پزشکی است. پارسا پور و همکاران در این باره در مطالعه خود بیان کرده‌اند، اینکه مخالفان، نگرانی از اشتباه تشخیص

- Cornell Law Rev. 1984;69(2):363-83. PMID: 10265014
8. Aghababaei N, Hatami J, Rostami R. [The role of individual characteristics and judgment pattern in attitude towards euthanasia]. *Iran J Crit Care Nurs.* 2011;4(1):23-32.
9. Hashemi Z, Mortazavi M. [Euthanasia from Islam and modern medical ethics perspectives]. *Int J Med Educ.* 2008;1(3):35-44.
10. Parsapour A, Hemmati Moghaddam A, Parsapour M, Larjani B. [Euthanasia: Ethical explanation and analysis]. *Int J Med Educ.* 2008;1(4):1-12.
11. Emanuel EJ, Fairclough DL, Emanuel LL. Attitudes and desires related to euthanasia and physician-assisted suicide among terminally ill patients and their caregivers. *JAMA.* 2000;284(19):2460-8. PMID: 11074775
12. Ahmed AM, Kheir MM. Attitudes towards euthanasia among final-year Khartoum University medical students. *East Mediterr Health J.* 2006;12(3-4):391-7. PMID: 17037708
13. Broeckart B, Gielen J, van Iersel T, Van den Branden S. Euthanasia and palliative care in Belgium: The attitudes of Flemish palliative care nurses and

- physicians toward euthanasia. *AJOB Primary Res.* 2010;1(3):31-44.
14. Gielen J, van den Branden S, van Iersel T, Broeckaert B. Flemish palliative care nurses' attitudes toward euthanasia: a quantitative study. *Int J Palliat Nurs.* 2009;15(10):488-97. DOI: [10.12968/ijpn.2009.15.10.44886](https://doi.org/10.12968/ijpn.2009.15.10.44886) PMID: 20081721
  15. De Beer T, Gastmans C, Dierckx de Casterle B. Involvement of nurses in euthanasia: a review of the literature. *J Med Ethics.* 2004;30(5):494-8. DOI: [10.1136/jme.2003.004028](https://doi.org/10.1136/jme.2003.004028) PMID: 15467086
  16. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today.* 2004;24(2):105-12. DOI: [10.1016/j.nedt.2003.10.001](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001) PMID: 14769454
  17. Wood GB, Haber J. *Nursing research methods: Critical appraisal and utilization.* 5th ed. Philadelphia: Mosby Co; 2002.
  18. Kitchener BA. Nurse characteristics and attitudes to active voluntary euthanasia: a survey in the Australian Capital Territory. *J Adv Nurs.* 1998;28(1):70-6. PMID: 9687132
  19. Miccinesi G, Fischer S, Paci E, Onwuteaka-Philipsen BD, Cartwright C, van der Heide A, et al. Physicians' attitudes towards end-of-life decisions: a comparison between seven countries. *Soc Sci Med.* 2005;60(9):1961-74. DOI: [10.1016/j.socscimed.2004.08.061](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.08.061) PMID: 15743647
  20. Seale C. Hastening death in end-of-life care: a survey of doctors. *Soc Sci Med.* 2009;69(11):1659-66. DOI: [10.1016/j.socscimed.2009.09.025](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.09.025) PMID: 19837498
  21. Inghelbrecht E, Bilsen J, Mortier F, Deliens L. Attitudes of nurses towards euthanasia and towards their role in euthanasia: a nationwide study in Flanders, Belgium. *Int J Nurs Stud.* 2009;46(9):1209-18. DOI: [10.1016/j.ijnurstu.2009.02.009](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.02.009) PMID: 19327772
  22. Cavlak U, Aslan UB, Gurso S, Yagci N, Yeldan I. Attitudes of physiotherapists and physiotherapy students toward euthanasia: a comparative study. *Adv Ther.* 2007;24(1):135-45. PMID: 17526470
  23. Wasserman J, Clair JM, Ritchey FJ. Racial differences in attitudes toward euthanasia. *OMEGA J Death Dying.* 2006;52(3):263-87.
  24. Mahmoodian F, Yoosefimanesh H, Behnam M, Karami M. Euthanasia: a comparison between agreements and objections. *Iran J Med Ethic History Med.* 2009;2(3):17-26.
  25. Moghadas T, Momeni M, Baghaee M, Ahmadi S. [Euthanasia and care for dying patients: Attitudes of ICU nurses]. *Iran J Med Ethic History Med.* 2012;5(4):75-83.
  26. Asadi N, Rooyani Z, Heidari M, Godosibrojeni M. [Attitude of ICU and Oncology Nurses toward Euthanasia]. *J Prevent Care Nurs Midwife.* 2014;1(4):74-80.
  27. Vakili M, Delavar S, Karimian KZ, Fotuhi E. [Survey of the attitudes of nurses and physicians in the Intensive Care Units about euthanasia in the university hospitals of Yazd-2012]. *Commun Health J.* 2014;7(4):1-9.
  28. Rastegari H, Sedaghat M, Saedi S, Aramesh K. Euthanasia: nurses perspective in teaching hospitals of Tehran University of Medical Sciences. *Iran J Med Ethic History Med.* 2010;3(5):37-44.
  29. Engstrom J, Bruno E, Holm B, Hellzen O. Palliative sedation at end of life - a systematic literature review. *Eur J Oncol Nurs.* 2007;11(1):26-35. DOI: [10.1016/j.ejon.2006.02.007](https://doi.org/10.1016/j.ejon.2006.02.007) PMID: 16844417
  30. Fitzgerald F. An academic internist looks at euthanasia. *Health Care Anal.* 2004;12(3):209-14. DOI: [10.1023/B:HCAN.0000044927.43160.49](https://doi.org/10.1023/B:HCAN.0000044927.43160.49) PMID: 15565975
  31. Berck L. [Developmental Psychology]. Translated by Seyyed Mohammadi. Tehran: Arasbaran Publication; 2010.

# Perceptions of ICU Nurses Regarding Euthanasia: A Qualitative Study

Saleh Salimi <sup>1,\*</sup>, Jila Rahimi <sup>2</sup>, Sfandiar Baljani <sup>3</sup>, Tooran Tizfahm <sup>2</sup>, Rozita Cheraghi <sup>3</sup>

<sup>1</sup> Associate Professor in Medical Nursing, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran

<sup>2</sup> MSc, School of Nursing and Midwifery, Urmia Medical Sciences University, Urmia, Iran

<sup>3</sup> MSc, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran

\* **Corresponding author:** Saleh Salimi, Associate Professor in Medical Nursing, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran. E-mail: salimitr@gmail.com

**Received:** 11 Jan 2015

**Accepted:** 22 Sep 2016

## Abstract

**Introduction:** Euthanasia is one of the most controversial issue in the field of medical ethics. Nurses in ICU are faced with challenges of separating terminally ill and brain death patients from devices. The aim of this study is to explore the perception of ICU nurses regarding euthanasia.

**Methods:** This is a qualitative study with conventional content analysis approach that conducted on 30 nurses who was working in ICUs of one of Urmia hospitals. Participants were selected using purposive sampling method. Data were collected using 5 focus groups interview. Data analyzed using Graneheim & Lundman method. Accuracy of the data were stabilized with the four criteria of credibility, confidentiality, conformability and transferability.

**Results:** Three main themes and seven subthemes were extracted. The main themes were: the understanding of euthanasia, positive attitudes towards euthanasia, and negative attitudes toward euthanasia.

**Conclusions:** Most nurses do not have accurate knowledge regarding euthanasia and have different and sometimes contradictory perceptions regarding euthanasia. Lack of legislation and related regulations caused more confusion. Therefore, training courses and legal clarification is needed on this issue.

**Keywords:** Euthanasia; Nurses; Qualitative Research