



ارتباط بین حساسیت اخلاقی و درک پرستاران از مراقبت بیهوده بیماران مبتلا به کووید ۱۹

پریسا حاجیلو^۱، محمد ترابی^{۲*}

۱. دانشجوی کارشناسی اتاق عمل، دانشکده پیراپزشکی نهاوند، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.

۲. استادیار، پرستاری، دانشکده پیراپزشکی نهاوند، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.

چکیده

اطلاعات مقاله

زمینه و هدف: درک و نگرش نامطلوب پرستاران از بیهودگی می‌تواند گاهی موجب قطع درمان‌های ارزشمند و یا امتناع از ارائه مراقبت به بیماران گردد. از طرفی، داشتن حساسیت اخلاقی می‌تواند زاویه دید پرستاران در مواجهه با چالش‌های اخلاقی در مراقبت از بیماران مبتلا به کووید ۱۹ را تغییر داده و ممکن است بر بهبود درک مراقبت بیهوده و کیفیت خدمات درمانی پرستاران مؤثر باشد. مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط بین حساسیت اخلاقی و درک پرستاران از مراقبت بیهوده بیماران مبتلا به کووید ۱۹ در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی منتخب استان همدان در سال ۱۳۹۹ انجام شد.

تاریخ دریافت: ۹۹/۰۹/۰۹

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۱/۱۸

تاریخ انتشار: ۱۴۰۰/۰۲/۱۱

واژگان کلیدی:

مراقبت بیهوده

حساسیت اخلاقی

پرستار

کووید ۱۹

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی - همبستگی می‌باشد که بر روی ۱۵۰ نفر از پرستاران شاغل در بیمارستان‌های منتخب استان همدان در سال ۱۳۹۹ با روش نمونه‌گیری در دسترس انجام شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل پرسشنامه سه بخشی اطلاعات دموگرافیک، حساسیت اخلاقی Lutzen و درک مراقبت بیهوده طراحی شده بر اساس پرسشنامه دیسترس اخلاقی Corley و سایر متون مرتبط بود که به صورت حضوری و نسخه الکترونیکی توزیع گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS 26 و آمار توصیفی (فراوانی، میانگین، انحراف معیار) و آمار تحلیلی (آزمون تی مستقل، ANOVA، ضریب همبستگی پیرسون و همبستگی تفکیکی) انجام شد.

* نویسنده مسئول: محمد ترابی

آدرس پستی: ایران، همدان، دانشگاه علوم

پزشکی، دانشکده پیراپزشکی.

کد پستی: ۶۵۱۷۸۳۸۶۷۸

پست الکترونیک:

mo.torabi@umsha.ac.ir

یافته‌ها: طبق یافته‌ها به طور کلی بین حساسیت اخلاقی و شدت درک مراقبت‌های بیهوده ($r=0.277, p=0.06$) و تکرار مراقبت‌های بیهوده ($r=0.213, p=0.15$) رابطه معنی‌داری یافت نشد، اما بین برخی مؤلفه‌های حساسیت اخلاقی (قوانین، صداقت و خیرخواهی) و درک مراقبت بیهوده رابطه معنی‌دار مثبتی دیده شد. میانگین نمره حساسیت اخلاقی پرستاران ($36/12 \pm 3/46$) پایین گزارش شد و اکثر شرکت‌کنندگان درک متوسطی از شدت ($47/12 \pm 8/22$) و تکرار مراقبت‌های بیهوده ($32/43 \pm 5/76$) داشتند. همچنین بین حساسیت اخلاقی و تجربه کاری ($r=0.324, p=0.03$) و سن ($r=0.279, p=0.04$) و تجربه کاری پرستاران با شدت مراقبت بیهوده ($r=0.311, p=0.04$) و تکرار آن ($r=0.235, p=0.02$) ارتباط معنی‌داری دیده شد.

ملاحظات اخلاقی: این پژوهش توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی همدان مورد تأیید قرار گرفته است (IR.UMSHA.REC.1399.572). پژوهشگر پس از اخذ رضایت آگاهانه از مشارکت‌کنندگان به آنان اطمینان داد که تمامی اطلاعاتشان محرمانه خواهد بود.

نتیجه‌گیری: عوامل متفاوتی در میزان حساسیت اخلاقی و درک مراقبت بیهوده پرستاران در مراقبت از بیماران کووید ۱۹ دخیل است. عدم ارتباط معنی‌دار بین حساسیت اخلاقی و درک مراقبت بیهوده در این پژوهش در شرایطی بوده است که پرستاران با اوج پاندمی کووید ۱۹ مواجه بودند و تحت فشارهای سازمانی و روانی بالایی قرار داشتند، لذا برای نتیجه‌گیری بهتر پیشنهاد می‌شود این پژوهش با تعداد نمونه بیشتر و در بخش‌های بستری بیماران مبتلا و بخش‌های دیگر انجام گردد.

۱. مقدمه

با توجه به پیشرفت‌های فناوری پزشکی، افزایش جمعیت سالمندی، کشف بیماری‌های مختلف، توجه به حقوق فردی و تغییر در نقش‌ها، مواجهه پرستاران با چالش‌های اخلاقی در محیط‌های بالینی امری اجتناب‌ناپذیر است (۱). همه رشته‌های مرتبط با سلامت هر کدام به نوعی در حرفه خود با چالش‌های اخلاقی مواجه می‌شوند (۲)، اما پرستاران به دلیل ارتباط مستقیم با بیماران با مسائل اخلاقی بیشتری مواجه شده و نقش مؤثری در کیفیت خدمات مراقبتی و درمانی‌شان دارند (۳). مراقبت اخلاقی گاهی نسبت به عملکرد کاری پرستاران اهمیت بیشتری دارد، در واقع پرستاران باید بتوانند در شرایط بحرانی چالش‌های اخلاقی‌شان را شناسایی و به نحو مؤثری مدیریت کنند (۲). داشتن قدرت تصمیم‌گیری اخلاقی و آگاهی از دلایل انتخاب یک تصمیم، بخش مهمی از فعالیت حرفه‌ای پرستاران می‌باشد (۴). آگاهی پرستاران از مسائل اخلاقی حرفه خود می‌تواند منجر به تصمیم‌گیری مناسب در شرایط بحرانی شده و عملکردشان را بهبود بخشد (۵). مطالعات نشان می‌دهند که تیم درمان برای تصمیم‌گیری‌های اخلاقی در حرفه خود نیازمند راهنما و الگوی واحدی می‌باشند تا منجر به یکپارچگی عملکرد حرفه‌ای و اخلاقی آن‌ها در شرایط پیچیده کاری شود (۶-۸). حساسیت اخلاقی اولین گام در روند تصمیم‌گیری و قضاوت اخلاقی است که فرد را به تشخیص کشمکش‌های اخلاقی و برداشت حسی و فکری از موقعیت‌های آسیب‌پذیر قادر می‌سازد (۹-۱۰). به عبارتی، حساسیت اخلاقی ترکیبی از آگاهی فرد از ابعاد اخلاقی نظیر تحمل، آرامش، مسؤلیت‌پذیری است که نقش مهمی در تشخیص رفتار اخلاقی صحیح را دارد (۱۱). حساسیت اخلاقی به عنوان یک مفهوم اساسی در حوزه اخلاق، نگرش پایه‌ای در ارائه مراقبت اخلاقی پرستاران ایجاد می‌کند (۱۲) تا بیماران با اطمینان و اعتماد بیشتری مراقبت‌های پرستاری را دریافت کنند (۱۳). Lutzen و همکاران (۲۰۰۶ م.) در مطالعه خود به فرهنگ، مذهب، تحصیلات، تجربه، سن، جنس و تربیت فرد به

عنوان عوامل مؤثر بر حساسیت اخلاقی اشاره کردند (۱۴). مطالعات نشان می‌دهد، پرستارانی که حساسیت اخلاقی بالایی دارند، قدرت تشخیص بالایی در مواجهه با چالش‌های اخلاقی داشته و توانایی حل آن‌ها را دارند (۱۶-۱۵). گاهی پرستاران به سبب برخی موانع، حساسیت لازم در مراقبت‌ها را نداشته و دچار نوعی سردرگمی، بی‌توجهی و بی‌اهمیتی در مواجهه با موضوعات اخلاقی می‌شوند (۱۵). این قبیل موانع، توانایی پرستاران را در عمل محدود کرده و آن‌ها را در اجرای تصمیمات اخلاقی با مشکل مواجه می‌کند (۱). برهانی و همکاران (۲۰۱۳ م.) در مطالعه خود، نتوانستن، ندانستن و نخواستن را سه مانع اصلی حساسیت اخلاقی معرفی کردند که کمبود آگاهی اخلاقی را مهم‌ترین بخش از درونمایه ندانستن گزارش کرده‌اند (۱۵). حساسیت اخلاقی ناکافی در حرفه پرستاری موجب ضعف در تصمیم‌گیری اخلاقی و کیفیت مراقبت از بیماران می‌گردد (۱۸-۱۷). طبق مطالعات، تجربه کاری (۱۹)، سن و نوع نگرش پرستاران نسبت به حرفه خود، بر میزان حساسیت اخلاقی آن‌ها مؤثر می‌باشد (۲). مطالعات مختلفی تأثیر حساسیت اخلاقی بر افزایش روابط پرستار و بیمار (۲۰) و بهبود عملکرد اخلاقی و مراقبتی پرستاران را نشان داده‌اند (۱۴). از طرفی، بهبود عملکرد اخلاقی بر مراقبت ایمن و مبتنی بر اخلاق بیماران تأثیر گذاشته و پرستاران را قادر می‌سازد تا در مواجهه با موضوعات اخلاقی حین مراقبت از بیماران، تصمیم‌گیری بهتری داشته باشند (۲۱). چالش‌های اخلاقی در مواجهه با بیماری‌های همه‌گیر مانند کووید ۱۹ که با سرعت بالایی در سطح جهان گسترش می‌یابد و ظرفیت اداره سیستم درمان در آن شرایط به پایان می‌رسد، محسوس‌تر می‌باشد (۲۲-۲۳). در پاندمی کووید ۱۹ که با کمبود منابع، محدودیت در دسترسی به واکسن و داروها و تخت بستری و همچنین کاهش توان کارکنان درمانی مواجه هستیم، بحث و سؤالات متعددی در زمینه رعایت استانداردها و مراقبت اخلاقی مطرح است (۲۲)، از جمله موضوع‌های اخلاقی مطرح در پاندمی کووید ۱۹ می‌توان به موارد زیر اشاره داشت:

تخصیص عادلانه منابع کمیاب برای حداکثر سودرسانی (۲۴) - (۲۲)، تخصیص منابع به کارکنان درمان در شرایط برابر (۲۵)، رعایت حریم خصوصی برای پیشگیری از تبعیض، استیگما و جرم‌انگاری، رضایت آگاهانه در شرایط ناچاری، رازداری و پیشگیری از افشای اطلاعات بیماران بخصوص در رسانه‌ها و وبسایت‌ها (۲۶)، عدم درک یا مخالفت بیماران/ خانواده‌هایشان در تریاژ بیماران، عدم احیای قلبی ریوی در صورت بیهودگی و به تعویق انداختن خدمات درمانی بیمارانی که به کووید ۱۹ مبتلا نیستند (۲۵).

یکی از موضوعات اخلاقی مطرح در مداخلات درمانی بیماران کووید ۱۹، بحث بیهودگی به خصوص احیای قلبی ریوی بیهوده در آن‌هاست. نتایج مطالعه Shah و همکاران (۲۰۲۱ م.) نشان داد از ۱۰۹۴ بیماری که به علت کووید ۱۹ در بیمارستان بستری شدند، ۶۳ نفر آن‌ها دچار ایست قلبی داخل بیمارستانی شدند که بدون در نظر گرفتن بیماری زمینه‌ای و سایر فاکتورهای فردی، همه آن‌ها (۱۰۰٪) پس از تلاش برای احیای قلبی ریوی فوت شدند (۲۷). این گزارش حاکی از آن است که میزان مداخلات درمانی بیهوده در مراحل پایانی زندگی بیماران کووید ۱۹ آمار بالایی دارد، البته این بدان معنا نیست که سایر مداخلات درمانی تأثیری در بهبود آن‌ها ندارند. درک مراقبت بیهوده چالش مهمی است که امروزه به دلیل پیش‌آگهی نامشخص آن در مراقبت‌های حفظ حیات و محدودیت امکانات و منابع در بالین مطرح است (۲۸). به طور کلی مراقبت بیهوده به حالتی اطلاق می‌شود که مداخلات درمانی، وابستگی بیمار به مراقبت‌های پزشکی را خاتمه نداده و درمان‌های حفظ حیات، تأثیری بر کیفیت زندگی بیمار نداشته باشد (۲۹). همچنین مراقبت بیهوده به درمان‌های تهاجمی یا مداخله برای بیمارانی که در آخرین مراحل زندگی بوده و شانس بقا در آن‌ها بسیار ناچیز است، اطلاق می‌گردد (۳۰). در حقیقت مراقبت بیهوده، مراقبت با اثرات بالینی هستند که هیچ فایده‌ای برای بیماران ندارند (۳۱). نگرش ارائه دهندگان خدمات درمانی از مراقبت‌های بیهوده، بستگی به

شرایط بیماران، ارزش‌های فردی، نوع تصورشان از کیفیت و کمیت زندگی، عقاید اخلاقی و قضاوت در مورد نتیجه درمان دارد (۳۲)، چراکه انجام این مراقبت‌ها علاوه بر تحمیل هزینه‌های زیاد بر سیستم‌های بهداشتی و درمانی منجر به درگیری عاطفی خانواده، بیمار و مراقبین بهداشتی می‌شود (۳۳). از پیامدهای مراقبت‌های بیهوده می‌توان به بی‌تفاوتی در برابر بیمار، کاهش تلاش پرستاران در ارائه مراقبت بیشتر و بهتر، بی‌توجهی به درد بیمار، سهل‌انگاری در درمان به موقع بیماران، افزایش هزینه‌ها و اتلاف وقت و انرژی اشاره کرد (۲۹). همچنین نتایج نشان داده است که بین مراقبت بیهوده و رفتارهای مراقبتی پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه، از بیماران در مرحله آخر بیماری، ارتباط منفی و معنی‌داری وجود دارد (۳۴). مودی و همکاران (۲۰۲۱ م.) نیز نشان دادند بین مراقبت بیهوده و برخی مؤلفه‌های دیسترس اخلاقی ارتباط معنی‌داری وجود دارد (۳۵). Schneiderman (۲۰۱۱ م.) اشاره می‌کند که تیم درمان باید همواره در هر شرایطی به مراقبت مؤثر و اخلاقی بیماران پرداخته و هرگز آن را بیهوده تلقی نکنند (۳۶). مطالعات نشان داده، نزدیک به ۵۰٪ بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه که فوت می‌شوند، مراقبت بیهوده دریافت می‌کنند و منابع زیادی را به خود اختصاص می‌دهند (۳۷). هزینه‌های سنگین مراقبت بیهوده نه تنها متوجه سیستم بهداشت و درمان شده، بلکه خانواده را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد (۳۸). نتایج مطالعه رستمی و همکاران (۲۰۱۷ م.) نشان داد اغلب پرستاران (۶۵/۷ درصد) درک متوسطی از مراقبت بیهوده دارند و اکثر آن‌ها (۹۸/۹ درصد) رفتارهای مراقبتی مطلوبی در مراقبت از بیماران در مرحله آخر زندگی ارائه داده اند (۳۴).

طبق مطالعات، توسعه حساسیت اخلاقی می‌تواند بر نگرش پرستاران بر مراقبت مؤثر و اخلاقی از بیمارانشان نقش مهمی داشته باشد (۱۰). همچنین مراقبت اخلاقی می‌تواند منجر به ایجاد حساسیت اخلاقی شود که یک نیاز اساسی در عملکرد پرستاران می‌باشد (۳۹). Aracl و همکاران (۲۰۱۵ م.) برنامه

در ارائه مراقبت‌ها و توجه به نیازهای بیماران و نگرش مطلوب نسبت به مراقبت از بیماران در مرحله پایان عمر بیماران می‌تواند نقش مهمی در کیفیت ارائه خدمات و کاهش تنش‌های اخلاقی در پرستاران داشته باشد (۳۰، ۴۹). مطالعات مختلفی به بررسی حساسیت اخلاقی در پرستاران و دانشجویان پرستاری در ایران پرداخته‌اند (۵۲-۵۰)، اما در جستجوی پژوهشگر، به مطالعه‌ای که به طور مستقیم ارتباط بین حساسیت اخلاقی و سطح درک مراقبت بیهوده پرستاران را مورد بررسی قرار داده باشد، اشاره نشده بود، لذا این مطالعه با هدف بررسی رابطه بین حساسیت اخلاقی و درک مراقبت بیهوده پرستاران در مراقبت از بیماران مبتلا به کووید ۱۹ در بیمارستان‌های منتخب وابسته به دانشگاه علوم پزشکی استان همدان در سال ۱۳۹۹ انجام شد.

۲. ملاحظات اخلاقی

این پژوهش توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی استان همدان مورد تأیید قرار گرفت (IR.UMSHA.REC.1399.572). پژوهشگر پس از اخذ رضایت آگاهانه از مشارکت‌کنندگان و توضیح اهداف پژوهش به آنان اطمینان داد که تمامی اطلاعاتشان محرمانه خواهد بود. جهت حفظ گمنامی، در تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار کدهای عددی به هر مشارکت‌کننده اختصاص داده شد و رعایت صداقت و امانتداری در استفاده از منابع انجام شد.

۳. مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک پژوهش توصیفی - همبستگی می‌باشد که جامعه پژوهش آن را پرستاران شاغل در بیمارستان‌های منتخب وابسته به دانشگاه علوم پزشکی همدان تشکیل داده‌اند. معیارهای ورود به مطالعه برای مشارکت‌کنندگان دارا بودن حداقل مدرک لیسانس، یک سال تجربه کاری و حداقل ۳ ماه تجربه کار در بخش بیماران کرونایی بود. مشارکت‌کنندگان با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب

ریزی و اجرای برنامه‌های آموزشی را جهت ارتقای حساسیت اخلاقی پرستاران ضروری می‌دانند (۴۰). برهانی و همکاران (۲۰۰۹ م.) نیز در پژوهش خود اظهار کردند که آموزش موجب ارتقای دانش و حساسیت اخلاقی در تصمیم‌گیری پرستاران می‌شود (۴۱). در پاندمی ویروس کرونا تصمیم‌گیری اخلاقی در زمینه تخصیص منابع، مورد بحث است. در افراد مبتلا به کووید ۱۹، متخصصان مراقبت‌های بهداشتی ممکن است اولویت را به افرادی اختصاص دهند که احتمال زنده ماندن در آن‌ها بیشتر است و صرفاً سن افراد را ملاکی برای تخصیص منابع و ارائه مراقبت‌های درمانی قرار ندهند و بایستی اولویت‌بندی در تخصیص منابع محدود برای این بیماران بر اساس شرایط بالینی و شانس زنده ماندن باشد (۴۲). پرستاران در مراقبت از بیماران کووید ۱۹ با افزایش شدت کار، کمبود نیروی انسانی و تجهیزات حفاظتی رو به رو هستند که این موارد احتمال تنش‌های اخلاقی را در آن‌ها افزایش می‌دهد (۴۳). پیشرفت غیر قابل کنترل این ویروس منجر به عدم توانایی تصمیم‌گیری اخلاقی ناشی از منابع محدود، عدم دسترسی به آزمایش‌های تخصصی، ناراحتی و فرسودگی روانی ناشی از شیفت‌های طولانی می‌شود (۴۵-۴۴). با توجه به اهمیتی که در سال‌های اخیر به مقوله اخلاق در حیطه بهداشت و درمان شده، به نظر می‌رسد شناسایی ابعاد مختلف حساسیت اخلاقی پرستاران و میزان تأثیر آن بر مراقبت از بیماران در مراحل پایانی زندگی ارزشمند باشد. به خصوص در بحث مراقبت از بیماران مبتلا به کووید ۱۹ که سرعت انتشار بسیار بالای این ویروس ممکن است منجر به ایجاد ترس و نگرانی از ابتلا به آن و انتقال به خانواده و اطرافیان‌شان شود. این ترس می‌تواند منجر به کاهش حساسیت پرستاران در امر مراقبت از بیماران شده و در نهایت کیفیت مراقبت بیماران کاهش می‌یابد. پرستاران باید بین مراقبت از بیماران مبتلا به کووید ۱۹ و حفاظت از خانواده خود، تعادلی برقرار کنند (۴۶). با توجه به اجتناب‌ناپذیر بودن انواع موضوعاتی اخلاقی در پاندمی ویروس کرونا (۴۸-۴۷)، حساسیت اخلاقی

شدند. پژوهشگر از بین تمام بیمارستان‌های استان همدان، سه بیمارستان بعثت، سینا، بهشتی از استان همدان و بیمارستان علمیرادیان شهرستان نهاوند را که مراکز بستری بیماران مبتلا به کرونا بودند را انتخاب نمود، سپس در شیفت‌های مختلف کاری به بخش‌های مراقبت ویژه و بخش‌هایی که بیماران کووید ۱۹ در آن بستری بودند، مراجعه کرده و اقدام به توزیع پرسشنامه‌ها نمود. از بین ۳۸۰ پرستار، ۱۱۰ نفر از ۱۵۰ پرستاری که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند، پرسشنامه را تکمیل کردند. تعدادی از پرسشنامه‌ها به دلیل ناقص بودن یا پاسخ‌دهی نادرست با بی‌دقتی حذف شدند و در نهایت ۹۶ پرسشنامه برای تجزیه و تحلیل آماری باقی ماند. پژوهشگر در شیفت‌های مختلف کاری به بخش‌های مراقبت ویژه و بخش‌هایی که بیماران کووید ۱۹ در آن بستری بودند، مراجعه کرده و اقدام به توزیع پرسشنامه‌ها نمود. با توجه به فشار کاری بالای پرستاران برای تکمیل حضوری پرسشنامه‌ها و گاهی ممانعت از ورود پژوهشگر به بخش‌های ویژه، با هماهنگی پرستاران و مدیریت بیمارستان، لینک الکترونیکی پرسشنامه‌ها نیز برای آن‌ها ارسال شد و از آن‌ها خواسته شد تا در فرصت مناسب پرسشنامه‌ها را تکمیل نمایند. قبل از تکمیل پرسشنامه، اهداف و اهمیت پژوهش برای پرستاران توضیح داده شد و به آن‌ها اطمینان داده شد که اسامی افرادی و داده‌های پرسشنامه کاملاً محرمانه خواهد ماند و مشارکت کنندگان هر زمانی که بخواهند می‌توانند از مطالعه خارج شوند. توزیع و جمع‌آوری پرسشنامه‌ها حدود یک ماه به طول انجامید. ابزار جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه شامل فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی، پرسشنامه حساسیت اخلاقی و پرسشنامه درک بیهودگی پرستاران بود. بخش اول پرسشنامه شامل اطلاعات جمعیت‌شناختی متشکل از سن، جنس، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، نوع استخدام و میزان سابقه خدمت (در بخش کرونا و سایر بخش‌ها) بود؛ بخش دوم شامل پرسشنامه حساسیت اخلاقی برای اولین بار توسط Lutzen و همکاران در سوئد در سال ۱۹۹۴ تدوین شد (۵۳). پرسشنامه

مذکور شامل ۲۵ سؤال است که دارای پنج بعد احترام به استقلال مددجو (سؤالات ۱، ۳، ۷، ۲۲ و ۲۵)، تجربه تعارض‌های اخلاقی (سؤالات ۲، ۸، ۹، ۱۱، ۱۴ و ۱۹)، به کارگیری مفاهیم اخلاقی در تصمیم‌گیری (سؤالات ۵، ۱۸)، صداقت و خیرخواهی (سؤالات ۴، ۶، ۱۵، ۲۰ و ۲۸) و قوانین (سؤالات ۱۰، ۱۲، ۱۶، ۱۷، ۲۱ و ۲۴) است. امتیاز هر سؤال با مقیاس لیکرت به صورت کاملاً موافق (نمره ۴)، نسبتاً موافق (نمره ۳)، نسبتاً مخالف (نمره ۲)، کاملاً مخالف (نمره ۱) و بی نظر (نمره ۰) در نظر گرفته شده است که بیشترین امتیاز ۱۲۵ و کم‌ترین امتیاز صفر می‌باشد. بر این اساس در صورتی که امتیاز کل هر نمونه بین ۴۱-۰ باشد، دارای حساسیت اخلاقی کم، ۸۳-۴۲ حساسیت اخلاقی متوسط و ۱۲۵-۸۴ دارای حساسیت اخلاقی زیاد محسوب می‌شود. امیری و همکاران (۱۳۹۶) پایایی این پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷ محاسبه کردند (۵۴). عباس‌زاده و همکاران نیز پایایی آن را ۰/۸۱ گزارش کردند (۵۵). Han و همکاران (۲۰۱۰ م.) نیز در کشور کره پایایی آن را ۰/۷۸ گزارش کرد (۵۶). در پژوهش حاضر، روایی محتوای پرسشنامه حساسیت اخلاقی از طریق توزیع آن بین ۱۰ نفر از اعضای هیأت‌علمی دانشگاه علوم پزشکی همدان که در حوزه پژوهش اخلاق نیز تجربه داشتند، صورت گرفت. پایایی این پرسشنامه نیز از طریق آزمون مجدد و با استفاده از روش همسانی درونی با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸ محاسبه شد؛ بخش سوم شامل پرسشنامه ۱۷ سؤالی مراقبت بیهوده طراحی شده بر اساس پرسشنامه دیسترس اخلاقی Corley و مرور متون مرتبط است که درک پرستاران را از وقوع مراقبت بیهوده از نظر شدت و تکرار آن می‌سنجد. این پرسشنامه موقعیت‌های مراقبت بیهوده را با تمرکز بر مرگ خوب، مدیریت درد و ناخوشی، قطع سریع درمان، ارتباط مؤثر با اعضای خانواده، اختلاف نظر بین اعضای تیم درمانی، درگیری اعضای خانواده در مورد انتخاب‌های درمان و تخصیص منابع مورد بررسی قرار داده است. امتیازبندی سؤالات این پرسشنامه طبق مقیاس

رابطه معنی‌داری دیده شد (جدول ۱). با توجه به یافته‌ها، پرستاران از حساسیت اخلاقی پایینی برخوردار بوده و میانگین نمره حساسیت اخلاقی آن‌ها $36/12 \pm 3/46$ گزارش شد و همچنین اکثر شرکت‌کنندگان درک متوسطی از شدت مراقبت‌های بیهوده ($47/12 \pm 8/22$) داشتند و تکرار آن نیز در سطح متوسطی ($32/43 \pm 5/76$) گزارش شد (جدول ۲). نتایج حاصل از ارتباط بین اطلاعات دموگرافیک شرکت‌کنندگان با متغیرهای مربوطه نشان می‌دهد که بین تجربه کاری ($r=0.324, p=0.03$) و سن ($r=0.279, p=0.04$) با حساسیت اخلاقی، و تجربه کاری پرستاران با شدت ($r=0.311, p=0.04$) و تکرار ($r=0.235, p=0.02$) مراقبت بیهوده ارتباط معنی‌داری وجود دارد (جدول ۲).

۵. بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین حساسیت اخلاقی و درک پرستاران از مراقبت بیهوده ارتباط معنی‌دار آماری وجود ندارد، اما بین درک مراقبت بیهوده و دو مؤلفه حساسیت اخلاقی (قوانین، صداقت و خیرخواهی) ارتباط معنی‌داری یافت شد. در تأیید نتایج فوق مطالعه‌ای که به طور مستقیم رابطه حساسیت اخلاقی و درک مراقبت بیهوده را سنجیده باشد، یافت نشد. توجه به حقوق اخلاقی و قانونی بیماران و آگاهی پرستاران از منشور حقوق بیماران که در قالب کدهای اخلاقی تدوین شده است، پرستاران را در درک ارزش‌ها و احترام به رفع نیازهای مراقبتی بیماران رهنمود می‌کند (۵۷). Gonzalez و Prieto (۲۰۱۹ م.) در بررسی حساسیت اخلاقی پرستاران در مراحل پایانی زندگی بیماران اشاره داشتند که سطح آگاهی اخلاقی پرستاران در مواجهه با مراقبت‌های پایان زندگی بالا بوده و پرستاران برای مراقبت‌های ارائه‌شده در مراحل پایانی زندگی از حساسیت اخلاقی کافی برخوردار هستند (۵۸)، لذا یکی از عوامل تأثیرگذار در پایین بودن میانگین حساسیت اخلاقی پرستاران در این پژوهش می‌تواند کمبود آگاهی پرستاران از حقوق

لیکرت ۵ گزینه‌ای در بعد شدت و تکرار از اصلاً (۰) تا مکرراً (۵) مرتب شده است که دامنه نمره‌گذاری بین صفر تا ۸۵ می‌باشد. امتیازدهی به شدت مراقبت‌های بیهوده شامل ۲۸-۰ (کم)، ۲۹-۵۶ (متوسط)، ۵۷-۸۵ (شدید) می‌باشد. روایی پرسشنامه درک مراقبت بیهوده نیز با توزیع آن بین ۱۰ نفر از اعضای هیأت‌علمی دانشگاه علوم پزشکی همدان مورد بررسی قرار گرفت و پایایی آن با روش آزمون مجدد و با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ $0/78$ به دست آمد. در نهایت داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS 26 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند و با توجه به هدف‌های تحقیق از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار و درصد فراوانی) و تحلیلی (تی مستقل، ANOVA، ضریب همبستگی پیرسون، همبستگی تفکیکی) استفاده شد.

۴. یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۹۶ نفر از پرستاران بخش‌های بیمارستان‌های آموزشی استان همدان شرکت داشتند. دامنه سنی مشارکت‌کنندگان بین ۲۲-۴۵ سال قرار داشت و میانگین سنی آن‌ها $33 \pm 6/8$ سال گزارش شد. بیشترین فراوانی مربوط به دامنه سنی ۲۰-۳۰ سال ($57/3$ درصد) و کمترین آن‌ها مربوط به دامنه سنی بیش از ۴۰ سال ($12/5$ درصد) می‌باشد. اغلب شرکت‌کنندگان زن ($53/1$ درصد) دارای مدرک کارشناسی ($92/7$ درصد)، مجرد ($56/3$ درصد) و استخدام رسمی ($42/7$ درصد) بودند. حداقل و حداکثر تعداد سال‌های خدمت پرستاران به ترتیب ۱ و ۲۳ سال بود که میانگین آن $9/5 \pm 3/4$ سال گزارش شد. طبق یافته‌ها بین حساسیت اخلاقی و شدت مراقبت‌های بیهوده ($r=0/277, P>0/05$) و تکرار مراقبت‌های بیهوده ($r=0/213, P>0/05$) رابطه معنی‌داری یافت نشد (جدول ۱). همچنین نتایج بررسی ارتباط بین درک مراقبت بیهوده و ابعاد مختلف حساسیت اخلاقی، حاکی از آن است که تنها بین درک مراقبت بیهوده و مؤلفه قوانین ($P < 0/05$)، $r=0/421$ ، و صداقت و خیرخواهی ($r=0/396, P < 0/05$)

انتقال به خانواده خود مانعی برای نزدیکی به بیماران و ارائه خدمات درمانی بوده و می‌تواند عملکرد اخلاقی پرستاران را دستخوش تغییر قرار دهد.

در این پژوهش، با وجود نمره میانگین حساسیت اخلاقی نسبتاً پایین در پرستاران، نمره نگرش مراقبت بیهوده پرستاران از قربانیان کووید ۱۹ در سطح متوسطی گزارش شد که می‌توان آن را به تغییر رفتار و تصمیم‌گیری موقعیتی پرستاران در این پاندمی ارتباط داد. به نقل از مطالعات، اوتانازی منفعل یا رهاکردن اقدامات پزشکی حیات‌بخش در مواجهه با پاندمی، یکی از موضوعات اخلاقی است که تیم درمان با آن رو به رو است، چراکه تیم درمان و از جمله پرستاران، در چنین مواقعی تریاژ معکوس را انجام می‌دهند. بدین معنا که پرستاران، بیماران را مورد ارزیابی مجدد قرار می‌گیرند تا درمان را برای فردی جایگزین کنند که بیشترین احتمال منفعت در مداخلات را شامل شود. این موضوع می‌تواند ماهیت مراقبت پرستاری را تضعیف می‌نماید (۶۱)، لذا یکی از عوامل مهمی که در نتیجه این پژوهش تأثیرگذار بود را می‌توان به چالش‌های اخلاقی جدیدی اشاره کرد که پرستاران در این پاندمی جدید کووید ۱۹ با آن مواجه شدند و دیدگاه و عملکرد آن‌ها را در آن شرایط تحت تأثیر قرار داد.

در پژوهش حاضر، میانگین حساسیت اخلاقی پرستاران در سطح پایین گزارش شد که این یافته‌ها با نتایج مطالعه Filipova (۲۰۰۹ م.) مشابهت دارد. وی معتقد است که پرستاران در حرفه خود درک متفاوتی از ارزش‌های شغلی خود دارند و برای اخذ تصمیم‌گیری اخلاقی، از حساسیت اخلاقی کافی برخوردار نیستند (۶۲)، البته بیشتر مطالعات نتایج متفاوتی را گزارش کردند. Kim و همکاران (۲۰۰۵ م.) میزان حساسیت اخلاقی پرستاران را بالا گزارش کرده و معتقدند که نوع نگرش افراد به حرفه خود بر میزان حساسیت اخلاقی آن‌ها مؤثر می‌باشد (۲). همچنین افزایش توجه مسؤولین و مدیران به عملکرد پرستاران بر میزان حساسیت اخلاقی آن‌ها مؤثر می‌باشد (۱۷). در پژوهش Jo و Kim

بیماران و کدهای اخلاقی حرفه پرستاری باشد و یا می‌تواند ناشی از پیامدهای پاندمی کووید ۱۹ باشد که در اوج‌گیری سوم این بیماری در ایران رخ داد.

Mckenna (۲۰۲۰ م.) اشاره به این موضوع دارد که از آنجایی که اساس وظایف پرستاران مراقبت و تعهد جهت کاهش درد و رنج و بازیابی سلامتی و احترام به حقوق و کرامت هر بیماری است، اما پرستاران بایستی این وظیفه مراقبت از بیماران و مراقبت از خود و خانواده‌هایشان را در سطح متعادلی حفظ نمایند. این تعارض وظایف در یک پاندمی می‌تواند دیسترس عاطفی و اخلاقی جدی را در پرستاران نمایان سازد و بر عملکرد اخلاقی آن‌ها تأثیر بگذارد (۵۹). این دیسترس عاطفی و اخلاقی و سایر موضوعات اخلاقی که در پاندمی یک بیماری رخ می‌دهد، می‌تواند پیامدهای متفاوتی بر عملکرد و نگرش پرستاران ایجاد نماید. مودی و همکاران (۲۰۲۱ م.) نیز نشان دادند بین پریشانی اخلاقی پرستاران و برخی ابعاد مراقبت بیهوده (مراقبت‌های حقوقی و سازمانی) بیماران در مرحله پایانی زندگی، رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد (۳۵). Reed (۲۰۱۵ م.) نیز در مطالعه‌ای به ارتباط بین استدلال اخلاقی و مراقبت‌های پایان زندگی پرداخت، او معتقد است که پرستاران گرچه در رفع نیازهای بیماران و کیفیت زندگی آن‌ها نقش مهمی دارند، اما در اجرای آن‌ها با چالش‌های زیادی رو به رو می‌شوند. وی مهارت‌های ارتباطی، شایستگی فرهنگی، بحث در مورد اخلاق و حمایت‌های عاطفی را ابزارهای مهم برای موفقیت در حل این چالش‌ها می‌داند (۶۰). عوامل تأثیرگذار بر میزان درک پرستاران از مراقبت‌های بیهوده ممکن است به صورت مستقیم یا غیر مستقیم، تابعی از عوامل محیطی، جو سازمانی، عوامل فردی و عقاید فرهنگی جامعه باشد. همچنین حساسیت اخلاقی پایین پرستاران در مراقبت از بیماران کووید ۱۹ می‌تواند مربوط به ویژگی‌های فردی، تجربه مواجهه با موضوعات اخلاقی، سطح آموزش، فشار کاری و فشار روانی باشد که از سوی خانواده‌ها و یا مسؤولین به آن‌ها وارد می‌شود. از طرفی، ترس پرستاران از ابتلا به ویروس و

در سطح متوسطی گزارش شد. رستمی و همکاران (۲۰۱۹ م.) نیز به نتایج مشابهی دست یافتند. آن‌ها درک پرستاران از مراقبت بیهوده را در سطح متوسط گزارش کرده و برنامه‌ریزی مناسب جهت کاهش مواجهه پرستاران با مراقبت‌های بیهوده و تنش حاصل از آن را ضروری می‌دانند (۳۴). Dunwoody و همکاران (۲۰۱۰ م.) نیز در مطالعه خود درک پرستاران از مراقبت بیهوده را در سطح متوسط گزارش کردند و معتقدند که افزایش مراقبت‌های بیهوده پرستاران، منجر به ایجاد دیسترس اخلاقی در آن‌ها می‌شود (۶۸). Mobley و همکاران (۲۰۰۷ م.) نیز ضمن بیان نتیجه مشابه، اشاره داشتند که میزان دیسترس اخلاقی پرستاران در حرفه کاری با سطح درک مراقبت‌های بیهوده ارتباط مستقیم دارد (۳۰)، اما اتاکی و همکاران (۲۰۱۸ م.) در پژوهش خود، درک مراقبت‌های بیهوده را در سطح بالا گزارش کردند و اظهار داشتند که آموزش اخلاق حرفه‌ای و تدوین برنامه‌های آموزشی در پرستاران، می‌تواند بر سطح درکشان از مراقبت‌های بیهوده مؤثر باشد (۶۹). Ferrell (۲۰۰۶ م.) نیز میزان درک پرستاران از مراقبت‌های بیهوده را بالا گزارش کرده و اشاره بر این موضوع دارد که مواجهه مکرر پرستاران با مراقبت‌های بیهوده، عملکرد حرفه‌ای و نوع نگرششان نسبت به مراقبت از بیماران را تحت تأثیر قرار می‌دهد و آنان برای سازگاری با این چالش‌ها نیازمند حمایت همه‌جانبه سازمانی هستند (۷۰). Piers و همکاران (۲۰۱۱ م.) نیز در پژوهشی که در ۸۲ بخش مراقبت‌های ویژه اروپا انجام دادند، درک مراقبت‌های بیهوده را در سطح بالا گزارش کرده و افزایش ترک شغل را از پیامدهای مراقبت بیهوده معرفی می‌کنند (۷۱). آقابراری (۲۰۱۶ م.) در مطالعه خود بیان می‌کند، که هیچ معیار مشخص و معتبری برای تعیین بیهودگی پزشکی وجود ندارد و پیش‌بینی قطعی در مورد مداخله درمانی برای یک بیمار خاص و تصمیم‌گیری برای قطع یا ادامه درمان امکان‌پذیر نیست و تحت تأثیر عوامل مختلفی می‌باشد (۷۲). طبق یافته‌ها، بین حساسیت اخلاقی و برخی از اطلاعات دموگرافیک شرکت‌کنندگان (سن، میزان

نیز حساسیت اخلاقی پرستاران در سطح مطلوبی گزارش شد. آن‌ها معتقدند که با بهبود همدلی (یک عامل شخصی) و جو اخلاقی مناسب (یک عامل سازمانی) می‌توان حساسیت اخلاقی پرستاران را افزایش داد (۶۳). محمدی و همکاران (۲۰۱۶ م.) نیز در پژوهش خود اظهار داشتند که اکثر پرستاران از حساسیت اخلاقی کافی برخوردار هستند، ولی صرف نظر از سطح حساسیت اخلاقی، اگر در شرایط بحرانی قادر به عملکرد اخلاقی نباشند، منجر به آسیب در روند مراقبتی بیماران می‌شوند (۶۴). در پژوهش که امیری و همکاران (۲۰۱۹ م.) در بخش‌های داخلی بیمارستان‌های شهر تبریز انجام دادند، میزان حساسیت اخلاقی پرستاران را در سطح بالا گزارش کردند (۴۹)، عباس‌زاده و همکاران (۲۰۱۰ م.) نیز به نتایج مشابهی دست یافتند (۶۵). همانطور که اشاره شد، شاید بتوان استنباط داشت که وجود فشار کاری بالا، نگرانی از ابتلا خود به کووید ۱۹ و انتقال آن به خانواده‌هایشان و فشارهای روانی متحمل بر کارکنان درمان و سایر عوامل فردی در حساسیت اخلاقی پایین پرستاران در پژوهش حاضر نقش داشته است.

یکی از موضوعات اخلاقی که در مراقبت از بیماران مرحله آخر و یا نیاز به احیای قلبی ریوی مطرح می‌شود، درک و بینش ارائه‌دهندگان خدمات درمانی نسبت به مراقبت بیهوده بیماران است. رضایی و همکاران (۲۰۲۰ م.) در مطالعه خود، تهدید ارزش‌های حرفه‌ای و عدم وجود یک رویکرد مراقبتی اصولی را، دو گروه مهم از چالش‌های پرستاران در مراقبت از بیماران کووید ۱۹ معرفی کردند (۶۶). نتایج برخی مطالعات نشان داده که همه بیماران کووید ۱۹ که در مراحل انتهایی تحت احیای قلبی ریوی قرار گرفته‌اند، زنده نماندند و تلاش‌های تیم درمان در احیای بی‌فایده بوده است (۲۷). Cardona و همکاران (۲۰۲۰ م.) اظهار داشتند که به دلیل ماهیت جدید ویروس و پیش‌آگهی نامشخص درمان بیماران، پیش‌بینی دقیق پیامد مداخلات امکان‌پذیر نیست (۶۷). در پژوهش حاضر، درک مراقبت بیهوده مشارکت‌کنندگان در هر دو بعد شدت و تکرار

شرایط پاندمیک، چالش‌های اخلاقی، مانند حفظ تعادل بین محافظت از خود و خانواده‌هایشان و بیماران، تخصیص منابع بین کارکنان درمان و سایرین، رهاکردن ادامه درمان بیمارانی که کم‌ترین شانس زندگی را دارند و جایگزین کردن آن‌ها با سایر افراد و بسیاری موضوعات دیگری که دوراهی‌های اخلاقی بیشتری را مقابل پرستاران قرار می‌دهد، می‌تواند رفتار و نگرش و دیدگاه پرستاران را تحت تأثیر قرار دهد، چه بسا بعد از رهایی از این پاندمی و کاهش فشار کاری نتیجه مطالعه نیز تغییر نماید.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش، مشارکت پایین پرستاران در تکمیل پرسشنامه‌ها بود و همچنین تعمیم یافته‌ها با توجه به نمونه‌گیری در دسترس محدود می‌گردد. از طرفی این پژوهش در ابتدای اوج شیوع کرونا صورت گرفته که حساسیت و ترس آحاد مردم و کارکنان بیمارستان نسبت به ابتلای آن بالا بوده است و ممکن است با گذشت زمان حساسیت و رفتار اخلاقی پرستاران در مراقبت از بیماران تغییر نماید. همچنین نمونه‌گیری این پژوهش محدود به بیمارستان‌های استان همدان می‌باشد که این مورد نیز می‌تواند روی تعمیم نتایج اثر بگذارد، لذا توصیه می‌شود این پژوهش در زمانی دیگر و در شهرهای مختلف و با روش‌های نمونه‌گیری تصادفی انجام گردد تا قدرت تعمیم‌پذیری آن افزایش یابد. همچنین برای مشارکت بیشتر پرستاران در این شرایط توصیه می‌شود، نسخه الکترونیکی پرسشنامه‌ها با وسعت بیشتری بین پرستاران توزیع شده و ضمن یادآوری، زمان بیشتری را برای تکمیل پرسشنامه به آن‌ها اختصاص دهیم.

۶. نتیجه‌گیری

پرستاران ممکن است در مواجهه با بیماران مبتلا به کووید ۱۹، از حساسیت اخلاقی کافی برخوردار باشند، اما از یکسو به دلیل کمبود منابع و دسترسی به اقلام پزشکی و محدودیت تخت‌های بستری و از سوی دیگر تحت فشاربودن پرستاران به دلیل شیفت‌های سنگین و عدم دسترسی به واکسن و ترس از

تجربه کاری) رابطه معنی‌داری مشاهده شد. در پژوهش Arslan و Calpbini (۲۰۱۸ م.) پرستارانی که دارای گروه سنی بالاتر و سابقه کاری بیشتری بودند، نمرات حساسیت اخلاقی بالاتری در آن‌ها مشاهده شد (۷۳). Aracl و همکاران (۲۰۱۸ م.) نیز در پژوهش خود، بین سن و سطح حساسیت اخلاقی پرستاران رابطه معناداری مشاهده کردند (۴۰). Yah و Shon (۲۰۱۲ م.) معتقدند که با افزایش سن پرستاران، سطح حساسیت اخلاقی‌شان نیز افزایش می‌یابد (۷۴). محمدی و همکاران (۲۰۱۶ م.) نیز نتایج مشابهی گزارش کردند (۶۴) که با نتایج مطالعه حاضر همسو می‌باشد.

در مطالعه حاضر بین درک مراقبت‌های بیهوده با تجربه کاری رابطه معنی‌داری یافت شد. این شاید به دلیل مواجهه بیشتر افراد با موقعیت‌هایی است که نیاز به تصمیم‌گیری در مراحل پایانی عمر داشته و مراقبت‌های بیهوده را تجربه کرده‌اند و یا از منابع یادگیری بیشتری برای اخذ تصمیم اخلاقی استفاده کرده‌اند. این یافته‌ها با نتایج پژوهش مودبی و همکاران (۲۰۲۱ م.) همخوانی ندارد. آن‌ها در یکی مطالعه توصیفی بر روی ۱۵۵ پرستار بخش مراقبت‌های ویژه اشاره داشتند که سطح درک مراقبت بیهوده در پرستاران متوسط است و هیچ ارتباط معنی‌داری بین ویژگی‌های شغلی و فردی مشارکت کنندگان با درک مراقبت بیهوده وجود ندارد (۳۵). Mobley و همکاران (۲۰۰۷ م.) نشان دادند که تعداد سال‌های خدمت از عوامل تأثیرگذار بر سطح درک مراقبت بیهوده پرستاران و میزان مواجهه آن‌ها با چالش‌های اخلاقی می‌باشد (۳۰). محمدی و همکاران (۲۰۱۴ م.) نیز نشان دادند که تجربه کاری پرستاران، بر شدت و تکرار مواجهه با مراقبت بیهوده ارتباط دارد (۷۵). به طور کلی می‌توان اشاره کرد که حساسیت اخلاقی و درک مراقبت بیهوده پرستاران تحت تأثیر عوامل متفاوتی است که یکی از این موارد که موضوعات اخلاقی زیادی را نیز به دنبال داشته است، تصمیم‌گیری در شرایط مواجهه با پاندمی کووید ۱۹ و بیماران در مرحله انتهایی است که پیش‌آگهی نامشخصی از مداخلات درمانی دارند. در این

همدان به خاطر حمایت مالی این مطالعه در قالب طرح شماره ۹۹۱۰۳۰۷۶۰۹ تشکر و قدردانی می‌نماید.

۸. سهم نویسندگان

نویسندگان سهم مشترکی در نگارش و تجزیه و تحلیل روش های آماری داشته‌اند.

۹. تضاد منافع

تضاد منافع در نگارش این مقاله وجود ندارد.

ابتلا به این بیماری، ممکن است حساسیت لازم در ارائه مراقبت اخلاقی پرستاران را تحت تأثیر قرار دهد، گرچه در نتایج پژوهش حاضر، بین حساسیت اخلاقی و درک مراقبت بیهوده پرستاران همبستگی معنی‌داری مشاهده نشد، اما طبق مطالعات صورت گرفته هر دو متغیر بر کیفیت خدمات ارائه شده مؤثر بوده و ارتقای آن‌ها پیامدهای مثبتی برای سازمان، کارکنان، بیماران و حتی خانواده آن‌ها خواهد داشت، لذا پیشنهاد می‌شود برای آگاهی دقیق‌تر و شناسایی فاکتورهای مؤثر بر حساسیت اخلاقی و درک مراقبت بیهوده پرستاران در مراقبت از بیماران کووید ۱۹ پژوهش‌های کمی و کیفی بیشتری صورت گیرد، چراکه در مصاحبه با مشارکت‌کنندگان می‌توان با تمرکز بر تجارب زیسته آن‌ها، درک بهتری از عملکرد و حساسیت اخلاقی و درک مراقبت بیهوده واقعی مشارکت‌کنندگان به دست آورد، در نتیجه با برنامه‌ریزی برای ارائه راهکارهایی همانند دوره‌های آموزش اصول اخلاق حرفه‌ای به صورت دوره‌ای، آگاه‌ساختن پرستاران نسبت به چالش‌های اخلاقی در بحران و مواجهه با اپیدمی‌ها، می‌توان حساسیت و رفتار اخلاقی و نگرش پرستاران نسبت به مراقبت بیهوده از بیماران ارتقا بخشید. نتایج مطالعه حاضر می‌تواند توجه مدیران پرستاری و مسؤولین بالین را نسبت به ارتقای آگاهی پرستاران از اصول اخلاق حرفه‌ای و افزایش حساسیت اخلاقی و قدرت تصمیم‌گیری اخلاقی پرستاران در شرایط بحرانی متمرکز نماید، لذا توصیه می‌شود دفتر پرستاری و مدیران ذی ربط برنامه‌ریزی لازم را با برگزاری کلاس‌های آموزشی و کارگاه مراقبت اخلاقی در مواجهه با بحران‌های اپیدمیولوژیک بیماری در دستور کار خود قرار دهند.

۷. تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله نویسندگان از کلیه شرکت‌کنندگان، مسؤولین و مدیران محترم و تمامی کسانی که با ما در انجام این پژوهش همکاری صمیمانه داشته‌اند، تقدیر و تشکر می‌نمایند. همچنین از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی

جدول ۱: همبستگی حساسیت اخلاقی با شدت و تکرار درک مراقبت بیهوده

متغیر	شدت درک مراقبت بیهوده (r)	تکرار درک مراقبت بیهوده (r)
	(P Value)	(P Value)
حساسیت اخلاقی	۰/۲۷۷ (۰/۰۶)	۰/۲۱۳ (۰/۱۵)
ابعاد حساسیت اخلاقی	احترام به استقلال مددجو	۰/۲۰۶ (۰/۰۹۴)
	تجربه تعارض تصمیم‌گیری	۰/۱۳۹ (۰/۱۷۷)
	به کارگیری مفاهیم اخلاقی	۰/۱۸۴ (۰/۱۷۳)
	صداقت و خیرخواهی	۰/۳۹۶ (۰/۰۳)
	قوانین	۰/۴۲۱ (۰/۰۱۲)

جدول ۲: فراوانی، میانگین، انحراف معیار و آماره آزمون حساسیت اخلاقی و شدت و تکرار مراقبت بیهوده

در مقایسه با ویژگی‌های دموگرافیک مشارکت‌کنندگان

تکرار مراقبت بیهوده		شدت مراقبت بیهوده		حساسیت اخلاقی		میانگین نمرات متغیرها		
۳۲/۴۳±۵/۷۶		۴۷/۱۲±۸/۲۲		۳۶/۱۲±۳/۴۶				
P	میانگین (انحراف معیار)	P	میانگین (انحراف معیار)	P	میانگین (انحراف معیار)	فراوانی (درصد)	متغیر	
۰/۱۳	۳۴/۲۲ (۴/۲)	۰/۲۳	۴۶/۴۳ (۳/۴)	۰/۱۲۱	۳۶/۲۳ (۴/۵۶)	۴۵ (۴۶/۹)	جنسیت*	
	۳۱/۸۱ (۴/۵)		۴۸/۲۱ (۶/۲)		۳۴/۸ (۳/۴۵)	۵۱ (۵۳/۱)	زن	
۰/۰۸	۳۱/۲۴ (۶/۱)	۰/۰۹	۴۷/۲۷ (۸/۴)	۰/۰۴۲	۳۴/۵ (۳/۵)	۵۵ (۵۷/۳)	سن**	
	۳۴/۱۸ (۳/۳)		۴۶/۷۳ (۵/۳)		۴۱/۸ (۳/۲۸)	۲۹ (۳۰/۲)		سال ۳۰-۴۰
	۳۶/۲۵ (۵/۴)		۴۸/۶۱ (۴/۳)		۴۰/۵ (۵/۷)	۱۲ (۱۲/۵)		سال بالای ۴۰
۰/۵۱	۳۳/۴۱ (۶/۱)	۰/۱۲	۴۸/۱۱ (۴/۵)	۰/۲۳	۳۶/۴ (۳/۴)	۵۴ (۵۶/۳)	وضعیت تأهل*	
	۳۱/۳۹ (۲/۵)		۴۶/۴۲ (۵/۳)		۳۵/۱ (۴/۱)	۴۲ (۴۳/۸)		متأهل
۰/۳۴	۳۳/۵۵ (۴/۱)	۰/۲۲	۴۶/۹۸ (۷/۳)	۰/۳۲	۳۶/۳۴ (۴/۵)	۸۹ (۹۲/۷)	میزان تحصیلات*	
	۳۱/۲۱ (۳/۲)		۴۹/۲۵ (۸/۱)		۳۸/۴ (۴/۳)	۷ (۷/۳)		کارشناسی ارشد و بالاتر
۰/۰۲	۳۰/۳۲ (۴/۴)	۰/۰۴	۴۵/۳۱ (۴/۴)	۰/۰۳	۳۵/۲۳ (۵/۵۴)	۵۱ (۵۳/۱)	میزان تجربه کاری**	
	۳۸/۲۱ (۶/۵)		۵۲/۲۵ (۵/۱)		۴۱/۲۸ (۶/۴)	۱۸ (۱۸/۸)		سال ۱-۵
	۴۱/۴۳ (۷/۱)		۵۳/۱۵ (۴/۲)		۴۳/۳۴ (۵/۳)	۲۷ (۲۸/۱)		سال ۶-۱۰ سال بالای ۱۰

* آزمون من ویتنی ** آزمون ANOVA

References

1. Goethals S, Gastmans C, De Casterlé BD. Nurses' ethical reasoning and behaviour: A literature review. *International Journal of Nursing Studies* 2010; 47(5): 635-650.
2. 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.
3. Borhani F, Abbas Zadeh A, Kohan M, Fazayel M. Comparison of ethical reasoning abilities in dealing with ethical dilemmas in nurses and nursing students of Kerman University of Medical Sciences. *Med Ethics Hist* 2010; 3(4): 71-81.
4. Schroeter K. Ethics in perioperative practice patient advocacy. *AORN Journal* 2002; 75(5): 941-944.
5. Cavinder C. The relationship between providing neonatal palliative care and nurses' moral distress: An integrative review. *Advances in Neonatal Care* 2014; 14(5): 322-328.
6. Weaver K. Ethical sensitivity: State of knowledge and needs for further research. *Nursing Ethics* 2007; 14(2): 141-155.
7. Beidler SM. Ethical considerations for nurse-managed health centers. *Nursing Clinics* 2005; 40(4): 759-770.
8. Butts D, Janie B. Nursing ethics: Across the curriculum and into practice book review. *Online Journal of Health Ethics* 2005; 2(2): 2.
9. Abdou H, Baddar F, Alkorashy H. The relationship between work environment and moral sensitivity among nursing faculty assistants. *World Applied Sciences Journal* 2010; 11(11): 1375-1387.
10. Hunt G. Moral crisis, professionals and ethical education. *Nursing Ethics* 1997; 4(1): 29-38.
11. Hasanpour M, Hosseini M, Fallahi khoshknab M, Abaszadeh M. The effect of nursing ethics, ethical decision-making on sensitive social security hospitals in Kerman, 2010. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine* 2011; 4(5): 58-64.
12. Heshmatifar N, Mohsenpour M, Rakhshani MH. Barriers to moral sensitivity from the perspective of nurses in Sabzevar teaching hospitals. *Ethics and History of Medicine* 2014; 7(1): 34-42. [Persian]
13. Dehghani A, Pak D, Gharib M. Barriers to professional ethics standards in clinical care from the perspective of nurses. *Iranian Journal of Medical Education* 2013; 13(5): 421-430. [Persian]
14. Lützné K, Dahlqvist V, Eriksson S, Norberg A. Developing the concept of moral sensitivity in health care practice. *Nursing Ethics* 2006; 13(2): 187-196.
15. Borhani F, Abbaszadeh A, Mohsenpour M. Nursing students' understanding of factors influencing ethical sensitivity: a qualitative study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* 2013; 18(4): 310.
16. Baykara ZG, Demir SG, Yaman S. The effect of ethics training on students recognizing ethical violations and developing moral sensitivity. *Nursing Ethics* 2015; 22(6): 661-675.
17. Schluter J, Winch S, Holzhauser K, Henderson A. Nurses' moral sensitivity and hospital ethical climate: A literature review. *Nurs Ethics* 2008; 15(3): 304-321.
18. Azodi F, Sharif F, Azodi P, Shirazi ZH, Khalili A, Jahanpour F. The reasons of tendency toward hookah smoking among teens and youth in Iran-A qualitative study. *Journal of Pharmaceutical Sciences and Research* 2017; 9(9): 1642-1646.
19. Weaver K, Morse JM. Pragmatic utility: Using analytical questions to explore the concept of ethical sensitivity. *Research and Theory for Nursing Practice* 2006; 20(3): 191-214.
20. Bischko D. The art of nursing: the client-nurse relationship as a therapeutic tool. *Nursing Case Management: Managing the Process of Patient Care* 1998; 3(4): 148-150.
21. John ME, Mgbekem MA, Nsemo AD, Maxwell GI. Missed nursing care, patient outcomes and care outcomes in selected hospitals in Southern Nigeria. *Nursing* 2016; 5(4): 1-5.
22. McGuire AL, Aulisio MP, Davis FD, Erwin C, Harter TD, Jagsi R, et al. Ethical Challenges Arising in the COVID-19 Pandemic: An Overview from the Association of Bioethics Program Directors (ABPD) Task Force. *Am J Bioeth* 2020; 20(7): 15-27.
23. Turale S, Meechamnan C, Kunaviktikul W. Challenging times: Ethics, nursing and the COVID-19 pandemic. *Int Nurs Rev* 2020; 67(2): 164-167.
24. Biddison ELD, Gwon HS, Schoch-Spana M, Regenber AC, Juliano C, Faden RR, et al. Scarce Resource Allocation During Disasters: A Mixed-Method Community Engagement Study. *Chest* 2018; 153(1): 187-195.
25. Emanuel EJ, Persad G, Upshur R, Thome B, Parker M, Glickman A, et al. Fair Allocation of Scarce

- Medical Resources in the Time of Covid-19. *N Engl J Med* 2020; 382(21): 2049-2055.
26. Gulia A, Salins N. Ethics-based decision-making in a COVID-19 pandemic crisis. *Indian J Med Sci* 2020; 72(2): 39-40.
27. Shah P, Smith H, Olarewaju A, Jani Y, Cobb A, Owens J, et al. Is Cardiopulmonary Resuscitation Futile in Coronavirus Disease 2019 Patients Experiencing In-Hospital Cardiac Arrest? *Crit Care Med* 2021; 49(2): 201-208.
28. Wilson D, Savulescu J. Knowing when to stop: Futility in the intensive care unit. *Curr Opin Anaesthesiol* 2011; 24(2): 160-165.
29. Meltzer LS, Huckabay LM. Critical care nurses' perceptions of futile care and its effect on burnout. *American Journal of Critical Care* 2004; 13(3): 202-208.
30. Mobley MJ, Rady MY, Verheijde JL, Patel B, Larson JS. The relationship between moral distress and perception of futile care in the critical care unit. *Intensive Crit Care Nurs* 2007; 23(5): 256-263.
31. Gabbay E, Calvo-Broce J, Meyer KB, Trikalinos TA, Cohen J, Kent DM. The empirical basis for determinations of medical futility. *Journal of General Internal Medicine* 2010; 25(10): 1083-1089.
32. Palda VA, Bowman KW, McLean RF, Chapman MG. "Futile" care: Do we provide it? Why? A semistructured, Canada-wide survey of intensive care unit doctors and nurses. *Journal of Critical Care* 2005; 20(3): 207-213.
33. McCabe MS, Storm C. When doctors and patients disagree about medical futility. *Journal of Oncology Practice* 2008; 4(4): 207.
34. Rostami S, Esmaeali R, Jafari H, Cherati JY. Perception of futile care and caring behaviors of nurses in intensive care units. *Nurs Ethics* 2019; 26(1): 248-255.
35. Moaddaby S, Adib M, Ashrafi S, Kazemnezhad Leili E. Perception of the Futile Care and its Relationship With Moral Distress in Nurses of Intensive Care Units. *Journal of Holistic Nursing and Midwifery* 2021; 31(2): 85-92.
36. Schneiderman LJ. Defining Medical Futility and Improving Medical Care. *J Bioeth Inq* 2011; 8(2): 123-131.
37. Niederman MS, Berger JT. The delivery of futile care is harmful to other patients. *Crit Care Med* 2010; 38(10 Suppl): S518-522.
38. Davis JK. Futility, conscientious refusal and who gets to decide. *J Med Philos* 2008; 33(4): 356-373.
39. Utkualp N. Ethical issues and dilemmas encountered in nursing practice in Turkey. *International Journal of Caring Sciences* 2015; 8(3): 830.
40. Araç B, Doğan R, Sarıtaş S. Determining the Moral Sensitivity of Intensive Care Nurses. *International Journal of Medical Investigation* 2018; 7(1): 88-97.
41. Borhani F, Alhani F, Mohammadi I, Abbaszadeh A. Professional nursing ethics: It's development and challenges. *Medical Ethics and History of Medicine* 2009; 2(3): 27-38.
42. Martínez-Sellés D, Martínez-Sellés H, Martínez-Sellés M. Ethical Issues in Decision-making Regarding the Elderly Affected by Coronavirus Disease 2019: An Expert Opinion. *Eur Cardiol* 2020; 15: e48.
43. Cai H, Tu B, Ma J, Chen L, Fu L, Jiang Y. Psychological impact and coping strategies of frontline medical staff in Hunan between January and March 2020 during the outbreak of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Hubei, China. *Med Sci Monit* 2020; 26: e924171.
44. Findlay M, Loke JY, Remolina N, Tham B. Ethics, AI, Mass Data and Pandemic Challenges: Responsible Data Use and Infrastructure Application for Surveillance and Pre-emptive Tracing Post-crisis. Paper Forthcoming. Singapore: SMU Centre for AI & Data Governance Research; 2020. p.1-51.
45. Bridges J, Nicholson C, Maben J, Pope C, Flatley M, Wilkinson C, et al. Capacity for care: meta-ethnography of acute care nurses' experiences of the nurse-patient relationship. *Journal of Advanced Nursing* 2013; 69(4): 760-772.
46. Godlee F. Paying the ultimate price. *British Medical Journal Publishing Group* 2020; 369: m1605.
47. Saberi Isfeedvajani M, Fares F, Ismaili Shahroudi Moqaddam Z. Ethical Issues in COVID-19 Pandemic. *Hospital Practices and Research* 2020; 5(4): 126-133.
48. Robert R, Kentish-Barnes N, Boyer A, Laurent A, Azoulay E, Reignier J. Ethical dilemmas due to the Covid-19 pandemic. *Ann Intensive Care* 2020; 10(1): 84.
49. Amiri E, Ebrahimi H, Vahidi M, Asghari Jafarabadi M, Namdar Areshtanab H. Relationship between nurses' moral sensitivity and the quality of care. *Nurs Ethics* 2019; 26(4): 1265-1273.

50. Hassanpoor M, Hosseini M, Fallahi Khoshknab M, Abbaszadeh A. The effect of teaching the principles of nursing ethics on moral sensitivity in the decision making of nurses in social security hospitals in Kerman province. *Iranian Journal of Medical Ethics and History* 2010; 4(5): 58-64. [Persian]
51. Izadi A, Imani H, Noughabi F, Hajizadeh N, Naghizadeh F. Moral sensitivity of critical care nurses in clinical decision making and its correlation with their caring behavior in teaching hospitals of Bandar Abbas in 2012. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine* 2013; 6(2): 43-56.
52. Borhani F, Keshtgar M, Abbaszadeh A. Moral self-concept and moral sensitivity in Iranian nurses. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine* 2015; 8: 4.
53. Lützn K, Nordin C, Brolin G. Conceptualization and instrumentation of nurses' moral sensitivity in psychiatric practice. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 1994; 4(4): 241-248.
54. Amiri E, Ebrahimi H, Vahidi M, Asghari Jafarabadi M, Namdar Areshtanab H. Moral sensitivity and its relationship with demographic and professional characteristics of nurses working in medical wards of hospitals affiliated to Tabriz University of Medical Sciences. *Hayat* 2018; 23(4): 295-306.
55. Abasszadeh A, Borhani F, Moazen Nematollahi L. Compare the moral sensibility of nursing students and nurses in Kerman University of Medical Sciences. *Iranian Journal of Medical Ethics* 2010; 4(12): 39-54. [Persian]
56. Han SS, Kim J, Kim YS, Ahn S. Validation of a Korean version of the Moral Sensitivity Questionnaire. *Nursing Ethics* 2010; 17(1): 99-105.
57. Hojjatolelami S, Ghodsi Z. Respect the rights of patient in terms of hospitalized clients: A cross-sectional survey in Iran, 2010. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 2012; 31: 464-467.
58. Carmona González Y, Montalvo Prieto A. Nurses' Moral Sensitivity Regarding the Terminally Ill. *Investigación y Educación en Enfermería* 2019; 37(3): e07.
59. McKenna H. Covid-19: Ethical issues for nurses. *International Journal of Nursing Studies* 2020; 110: 103673.
60. Reed CJ. Ethical dilemmas and end-of-life care. *Nursing made Incredibly Easy* 2015; 13(6): 16-24.
61. Garrard E, Wilkinson S. Passive euthanasia. *Journal of Medical Ethics* 2005; 31(2): 64-68.
62. Filipova AA. Licensed nurses' perceptions of ethical climates in skilled nursing facilities. *Nursing Ethics* 2009; 16(5): 574-588.
63. Jo H, Kim S. Moral Sensitivity, Empathy and Perceived Ethical Climate of Psychiatric Nurses Working in the National Mental Hospitals. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2017; 26(2): 204-215.
64. Mohammadi S, Borhani F, Roshanzadeh M. Moral sensitivity and delivering bad news skills: A study on critical care unit nurses. *Medical Ethics Journal* 2016; 10(37): 7-16.
65. Abbaszadeh A, Borhani F, Moazen NL. The comparison of the level of moral sensitivity in nursing students and nursing staffs in Kerman. *Medical Ethics* 2010; 4(12): 39-54.
66. Rezaee N, Mardani-Hamoooleh M, Seraji M. Nurses' perception of ethical challenges in caring for patients with COVID-19: a qualitative analysis. *Journal of Medical Ethics & History of Medicine* 2020; 13(Suppl): 23.
67. Cardona M, Anstey M, Lewis ET, Shanmugam S, Hillman K, Psirides A. Appropriateness of intensive care treatments near the end of life during the COVID-19 pandemic. *Breathe* 2020; 16(2): 200062.
68. Dunwoody DR. Nurses' level of moral distress and perception of futile care in the critical care environment: D'Youville College. Buffalo NY: Proquest LLC; 2010.
69. Otaghi M, Shirkhani S, Azadi A, Khorshidi A, Rahmatollah S. The Relationship between Perception of Futile Care and Moral Distress of Nurses in Critical Care Units. *J Biochem Tech* 2018; 9(2): 113-119.
70. Ferrell B. Understanding the moarl distress of nursing witnessing medical futile care. *Oncol Nurs Forum* 2006; 33(5): 922-930.
71. Piers RD, Azoulay E, Ricou B, Ganz FD, Decruyenaere J, Max A, et al. Perceptions of appropriateness of care among European and Israeli intensive care unit nurses and physicians. *JAMA* 2011; 306(24): 2694-2703.
72. Aghabarary M, Nayeri ND. Medical futility and its challenges: a review study. *Journal of medical ethics and history of medicine* 2016; 9: 11.
73. Arslan FT, Calpbiniçi P. Moral sensitivity, ethical experiences and related factors of pediatric nurses: a cross-sectional, correlational study. *Acta Bioethica* 2018; 24(1): 9-18.

74. Yoo MS, Shon KC. Effects of nursing ethics education on biomedical ethics awareness, moral sensitivity and moral judgment of nursing students. *J Korean Bioethics Assoc* 2012; 12(2): 61-76.

75. Mohammadi S, Roshanzadeh M. Exploring the Perception of intensive care unit nurses of futile care. *Education & Ethic in Nursing* 2014; 3(2): 65-72.



Faṣḥnāmah-i akhlāq-i pizishkī i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics

2020; 14(45): e27

doi: <https://doi.org/10.22037/mej.v14i45.32999>

Journal Homepage: <http://journals.sbmu.ac.ir/me>



ORIGINAL ARTICLE

Open Access

The Relationship between Moral Sensitivity and Nurses' Perception of Futile Care in Patients with Covid-19

Parisa Hajiloo¹ , Mohammad Torabi^{2*} 

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

2. Assistant Professor, Nursing, Faculty of Nahavand Paramedical, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

ARTICLE INFORMATION

Article history:

Received: 29 November 2020

Accepted: 05 April 2021

Published online: 01 May 2021

Keywords:

Futile Care

Moral Sensitivity

Nurse

Covid-19

* **Corresponding Author:** Mohammad Torabi

Address: Iran, Hamadan, Nahavand Paramedical Faculty, Hamadan University of Medical Sciences.

Postal Box: 6517838678

Email: mo.torabi@umsha.ac.ir

ABSTRACT

Background and Aim: Nurses' perceptions and attitudes about futility can sometimes lead to the cessation of valuable treatments or the refusal to provide care to patients. On the other hand, having moral sensitivity can change the perspective of nurses in the face of ethical challenges in caring for patients with Covid-19 and may be effective improve nurses' perception of futile care and the quality of care. The aim of this study was to determine the relationship between moral sensitivity and nurses' perception of futile care in patients with Covid-19 in hospitals affiliated to Hamadan University of Medical Sciences in 2020.

Materials and Methods: The present study is a descriptive-correlational study that was performed on 150 nurses working in selected hospitals in Hamadan province in 2020. Participants were selected by convenience sampling. Tools of data collection are used in a research study included a three-part questionnaire of demographic information, Lutzen's moral sensitivity and perception of futile care designed based on Corley's moral distress scale and review of related texts, which was distributed as a physical presence in the hospital and an electronic version. Data analysis was performed using SPSS software version 26 and descriptive statistics (frequency, mean and standard deviation) and analytical statistics (Independent T-test, ANOVA, Pearson correlation coefficient and differential correlation).

Findings: Although there no significant relationship was seen between moral sensitivity and intensity of perception of futile care ($r=0.277$, $p=0.06$) and frequency ($r=0.213$, $p=0.15$) but is a significant positive relationship between some subclasses of moral sensitivity and perception of futile care. The mean score of nurses' moral sensitivity was low (36.12 ± 3.46) and most of the participants had a moderate perception of the intensity (47.12 ± 8.22) and frequency of futile care (32.43 ± 5.76). Also between moral sensitivity and work experience ($r=0.324$, $p=0.03$) and age ($r=0.279$, $p=0.04$) and work nurses' experience with intensive care futile ($r=0.311$, $p=0.04$) and its frequency ($r=0.235$, $p=0.02$) showed a significant relationship.

Ethical Considerations: This research has been approved by the ethics committee of Hamadan University of Medical Sciences (IR.UMSHA.REC.1399.572). After obtaining informed consent from the participants, the researcher assured them that all their information would be confidential.

Conclusion: Several factors are involved in the level of moral sensitivity and perception of nurses' futile care in the care of Covid-19 patients. No significant correlation between moral sensitivity and the perception of futile care in this study was in a situation where nurses faced the peak of the Covid-19 pandemic and were under high organizational and psychological pressures. Therefore, for better conclusions, it is suggested that this study be conducted with further sample size and in the Covid-19 and non-Covid-19 wards.

Cite this article as:

Hajiloo P, Torabi M. The Relationship between Moral Sensitivity and Nurses' Perception of Futile Care in Patients with Covid-19. Faṣḥnāmah-i akhlāq-i pizishkī i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics. 2020; 14(45): e27.