



The Relationship between Religious Attitude and Emotional Intelligence with Attitude towards Euthanasia in Nurses Working in Intensive Care Units

Hossain Alaei¹, Marzieh Ziaeirad^{2*}

1- MSc in Nursing, Community Health Research Center, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran. ORCID: 0000-0002-0541-0100

2- Assistant Professor, Community Health Research Center, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran. ORCID: 0000-0002-4502-6859

*Corresponding author: Marzieh Ziaeirad, Assistant Professor, Community Health Research Center, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

E-mail: mziaeirad@gmail.com

Received: 4 Aug 2022

Revised: 22 May 2023

Accepted: 24 May 2023

Abstract

Introduction: Acceptance of euthanasia is influenced by the beliefs and attitudes of the treatment team towards the issue of life and death. The aim of this study was to determine the relationship between religious attitudes and emotional intelligence with attitudes toward euthanasia in nurses working in intensive care units.

Methods: This correlational study was conducted on 123 nurses working in the intensive care units of hospitals affiliated to Isfahan University of Medical Sciences who has been selected by convenience sampling method. Data collection tools were demographic information Form, euthanasia attitude scale, religious attitude questionnaire and emotional intelligence scale. Data analysis was performed using SPSS software version 20 at both descriptive and inferential levels.

Results: The mean of the total score of attitudes towards euthanasia, religious attitude and emotional intelligence was 32.50 ± 9.34 , 58.80 ± 11.25 and 273.28 ± 8.96 respectively. According to Pearson correlation coefficient test, religious attitude had a moderate, inverse and significant relationship with attitude towards euthanasia ($r = -0.574$, $P < 0.001$). Emotional intelligence also had a weak, inverse and significant relationship with attitudes towards euthanasia ($r = -0.448$, $P < 0.001$).

Conclusions: According to the results of the research, the higher the emotional intelligence of nurses, the lower the attitude towards euthanasia. In addition, the better their religious attitude is, the attitude towards euthanasia will decrease. This reveals the necessity of individual, professional and organizational attention to emotional intelligence and religious attitude.

Keywords: Intensive Care Unit, Nurse, Euthanasia, Emotional Intelligence, Religious.

Issn/ © 2023 The Authors. Published by Iranian Nursing Association. This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>). Alaei H, Ziaeirad M. The Relationship between Religious Attitude and Emotional Intelligence with Attitude towards Euthanasia in Nurses Working in Intensive

Care Units. Journal of Nursing Education (JNE) August-September 2023. P: 52-61 [Persian].





بررسی رابطه نگرش مذهبی و هوش عاطفی با نگرش به اتانازی در پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه

حسین علایی^۱، مرضیه ضیایی راد^{۲*}

۱- کارشناس ارشد پرستاری، مرکز تحقیقات سلامت جامعه، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.
ORCID: ۰۰۰۰-۰۰۰۲-۰۵۴۱-۰۱۰۰

۲- استادیار، مرکز تحقیقات سلامت جامعه، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران. ORCID: ۰۰۰۰-۰۰۰۲-۴۵۰۲-۶۸۵۹

*نویسنده مسئول: مرضیه ضیایی راد، استادیار، مرکز تحقیقات سلامت جامعه، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.
ایمیل: mziaeirad@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۳/۳

تاریخ بازبینی: ۱۴۰۲/۳/۱

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۵/۱۴

چکیده

مقدمه: پذیرش اتانازی تحت تأثیر عقاید و نگرش‌های تیم درمان نسبت به مسأله مرگ و زندگی قرار دارد. تحقیق حاضر با هدف تعیین رابطه نگرش مذهبی و هوش عاطفی با نگرش به اتانازی در پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه انجام گردید.

روش کار: در این مطالعه همبستگی ۱۲۳ نفر از پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند؛ شرکت کردند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات، فرم اطلاعات جمعیت شناختی، مقیاس نگرش به اتانازی، پرسشنامه نگرش مذهبی و مقیاس سنجش هوش عاطفی بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها از طریق نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ در دو سطح توصیفی و استنباطی انجام شد.

یافته‌ها: میانگین نمره کل نگرش به اتانازی $34/3 \pm 3/5$ ، نگرش مذهبی $25/11 \pm 8/5$ و هوش عاطفی $96/28 \pm 23/2$ بود. آزمون ضریب همبستگی پیرسون، رابطه متوسط، معکوس و معناداری بین نگرش مذهبی با نگرش به اتانازی نشان داد ($P < 0/001$ و $r = -0/574$). همچنین هوش عاطفی با نگرش به اتانازی رابطه ضعیف، معکوس و معناداری داشت ($P < 0/001$ و $r = -0/448$).

نتیجه گیری: با توجه به نتایج تحقیق، با افزایش هوش عاطفی پرستاران و نگرش مذهبی، نگرش به اتانازی کاهش یافت. این امر لزوم توجهات فردی، حرفه‌ای و سازمانی را به هوش عاطفی و نگرش مذهبی آشکار می‌سازد.
کلیدواژه‌ها: بخش مراقبت ویژه، پرستار، اتانازی، هوش عاطفی، مذهب.

مقدمه

شرایط هزینه‌های بسیار زیادی را نیز ممکن است به خانواده یا نظام سلامت تحمیل نماید. از همین‌رو در دهه‌های اخیر مسئله اتانازی در مورد این بیماران بیشتر مورد بحث و بررسی قرار گرفته است [۲]. اتانازی شامل اقدام عمدی توسط یک فرد (معمولاً یک پزشک) برای پایان دادن به زندگی فردی دیگر به دلایلی همانند دلسوزی است [۳]. در طول زندگی بشر همواره مسئله اتانازی مطرح بوده و نگرش‌های منفی و یا مثبت نسبت به آن وجود داشته است. به این معنی

بخش مراقبت‌های ویژه یکی از بخش‌های بیمارستانی است که از کادر درمانی و مراقبتی کارآزموده و تجهیزات ویژه برای درمان و مراقبت از بیماران برخوردار است [۱]. پیشرفت دانش بشری و وجود فن‌آوری‌های جدید و پیشرفته درمانی باعث شده تا بسیاری از بیماران بستری در این بخش‌ها با تحمل درد و رنج فراوان و بدون امید به بهبودی قطعی، به زندگی خود ادامه دهند که البته این

نشان داد که بین هوش هیجانی و تصمیم‌گیری بالینی در پرستاران رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد. هوش عاطفی به فرد کمک می‌کند تا با استفاده هوشمندانه از عواطف، توانایی تمایز بین عواطف و احساس را کنترل نموده و از این اطلاعات به‌عنوان راهنمایی برای فکر و عمل استفاده کند [۱۲]. در حقیقت هوش عاطفی نه تنها به افراد کمک می‌کند تا تعارضات سازمانی را بهتر مدیریت کنند، بلکه افراد را در برابر استرس محافظت نموده و به سازگاری و تطابق بهتر و در نتیجه عملکرد بهتر آنان کمک می‌کند. در همین ارتباط تاثیر هوش عاطفی بر کنترل استرس و تضاد در محیط کاری پرستاران نیز انکار ناپذیر می‌باشد و مطالعات متعددی تاثیر هوش عاطفی بالاتر را بر کاهش استرس و مدیریت هیجان‌ها در پرستاران گزارش کرده‌اند [۱۴، ۱۳]. دلپسند و همکاران (۲۰۱۱) و ابراهیمی و همکاران (۲۰۲۰) نیز در مطالعات خود، میانگین نمره هوش عاطفی پرستاران را به ترتیب ۱۱۲/۰۳ و ۱۱۵/۷۸ و تقریباً در سطح متوسط گزارش نمودند [۱۶، ۱۵].

نتایج پژوهش‌های انجام شده در ایران حاکی از عدم پذیرش اتانازی در میان اغلب پرستاران است؛ اما درصد مخالفت با اتانازی در این مطالعات، متفاوت گزارش شده است. به عنوان مثال، سرحدی و همکاران (۱۳۹۵) و بهرامی باباحیدری (۱۳۹۸) در پژوهش‌های خود اظهار می‌دارند که پرستاران ایرانی نگرشی منفی نسبت به اتانازی دارند که می‌تواند ناشی از دلایل متعدد از جمله روش تحقیق و به خصوص تاثیر نقش مذهب و فرهنگ در نگرش تیم درمان به مفهوم اتانازی باشد [۱۸، ۱۷]. بنابراین انجام مطالعات مختلف در این زمینه و در شرایط فرهنگی و مذهبی متفاوت ضروری به نظر می‌رسد. در این راستا و با توجه به این مسئله که پرستاران شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه بیشتر از سایر بخش‌ها با مراقبت‌های قبل و حین مرگ سر و کار دارند و ویژگی‌های روانشناختی آنها همچون نگرش دینی و هوش عاطفی ممکن است بر عملکرد آنها در شرایط حساس و مخاطره آمیز تعیین‌کننده و بر تصمیم‌گیری آنها اثر گذار باشد، همچنین با عنایت به اهمیت نقش نگرش مذهبی و هوش عاطفی در مقابله با بحران‌ها و هیجانات و خودکنترلی، محققان بر آن شدند تا پژوهش حاضر را با هدف تعیین رابطه نگرش مذهبی و هوش عاطفی با نگرش به اتانازی در پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه اجرا نمایند.

که گروهبایی با استدلال‌های مختلف به شدت با آن مخالفت کرده و در مقابل گروه‌هایی نیز با آن موافق بوده‌اند. مهمترین استدلال‌ها در حمایت از اتانازی شامل: درد غیرقابل تحمل در بیماری‌های لاعلاج، سربار شدن افراد و احترام به استقلال فرد در تصمیم‌گیری برای زندگی خود بوده است. در مقابل مخالفان اتانازی نیز دلایلی همانند دین، ترس از مرگ غیرداوطلبانه به علل اقتصادی و اصول اخلاق پزشکی را مطرح می‌کنند [۴]. طبق آمار منتشر شده، در کشورهای مختلف از جمله ایتالیا، دانمارک، سوئیس و بلژیک، موارد مرگ به دنبال انجام عمل اتانازی به ترتیب، ۰/۰۴، ۰/۰۶، ۰/۲۷ و ۱/۲-۰/۳ درصد گزارش شده است [۵].

عقاید و نگرش‌های اعضای تیم درمان نسبت به مسأله مرگ و زندگی می‌تواند اتانازی و پذیرش آن را تحت تاثیر خود قرار دارد [۳]. در این میان پرستاران و به خصوص پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه که روزانه با موارد متعددی از بیماران لاعلاج و صعب‌العلاج مواجه می‌شوند نیز از این قاعده مستثنی نبوده و مشاهده درد و رنج طاقت‌فرسای این بیماران می‌تواند باعث اختلال در تصمیم‌گیری منطقی آنان شود [۶، ۵].

در این رابطه نتایج تحقیقات مختلف نشان می‌دهند که نگرش مذهبی و دینی پرستاران، از جمله مهم‌ترین نظام‌های ارزشی و اعتقادی آنان است که می‌تواند تأثیر زیادی بر نگرش و عملکرد آنان در مراقبت از بیماران و تعهد حرفه‌ای آنان داشته باشد [۷]. نتایج مطالعه مروری که توسط عراقیان مجرد و همکاران (۱۴۰۰) انجام گرفت؛ نشان داد که جهت‌گیری مذهبی درونی با کیفیت مراقبت پرستاری، حساسیت اخلاقی و پذیرش مرگ رابطه مثبت و با مولفه‌های سلامت روان، افسردگی و اجتناب از مرگ رابطه منفی و معناداری دارد [۸]. در تعریف نگرش مذهبی می‌توان گفت؛ نگرش مذهبی، نگرش نظام‌داری از باورها و اعمال نسبت به امور مقدس است که تقویت آن منجر به یگانگی، ثبات، استمرار و پایداری فرد می‌شود [۹]. حسن دوست و همکاران (۲۰۱۸) و نوری و همکاران (۲۰۱۶)، میانگین نمره کل نگرش به معنویت در پرستاران را به ترتیب ۵۶/۵۹ و ۵۷/۰۴ و در حیطه متوسط گزارش نمودند [۱۱، ۱۰].

از طرف دیگر، نقش هوش هیجانی یا هوش عاطفی نیز در بروز تصمیم درست و عملکرد احساسی به خصوص در شرایط استرس‌زا می‌تواند پررنگ باشد. در این رابطه نتایج مطالعه مسعودی و علوی (۲۰۲۱)

روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه همبستگی است که در سال ۱۳۹۸ انجام گردید. تعداد ۱۲۳ نفر از پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های منتخب وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در این مطالعه شرکت کردند. نمونه گیری به روش در دسترس و بر اساس معیارهای ورود صورت گرفت. این معیارها شامل تمایل برای شرکت در مطالعه، دارا بودن مدرک کارشناسی، کارشناسی ارشد یا دکترای پرستاری، عدم وجود بیماری‌های روانشناختی شناخته شده و یا مصرف داروهای روانی و داشتن حداقل سابقه ۶ ماه فعالیت به عنوان پرستار بود. برای محاسبه حجم نمونه مورد نیاز در سطح خطای ۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد و حداقل مقدار ضریب همبستگی برای معناداری رابطه به میزان ۰/۲۵ از فرمول زیر استفاده گردید:

$$n = \frac{\left(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta} \right)^2}{(\omega)^2} + 3$$

داده‌ها با استفاده از فرم اطلاعات جمعیت شناختی، مقیاس نگرش به اتانازی، پرسشنامه نگرش مذهبی و پرسشنامه هوش عاطفی جمع‌آوری گردید. فرم اطلاعات جمعیت شناختی شامل سئوالاتی در رابطه با سن، جنس، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، بومی یا غیر بومی بودن، سابقه خدمت، وضعیت استخدام و شیفت کاری پرستاران بود.

مقیاس نگرش به اتانازی (Euthanasia Attitude Scale) در سال ۱۹۷۹ توسط توردلا و نوتنز تهیه شده است. این مقیاس دارای ۲۱ گویه و ۴ زیرمقیاس شامل ملاحظات اخلاقی، ملاحظات عملی، ارج نهادن به زندگی و باورهای طبیعت‌گرایانه می‌باشد. نسخه فارسی مقیاس که در مطالعه آقابابایی (۲۰۱۱) معرفی شده است؛ شامل ۲۰ گویه، ملاحظات اخلاقی (گویه‌های ۱ تا ۱۱)، ملاحظات عملی (گویه‌های ۱۲ تا ۱۴)، ارج نهادن به زندگی (گویه‌های ۱۵ تا ۱۸) و باورهای طبیعت‌گرایانه (گویه‌های ۱۹ و ۲۰) می‌باشد. چون گویه شماره ۱۵، به اجرای اتانازی اشاره داشته و به این صورت مطرح می‌شود که: «ایمان دارم که نظام درمانی محلی، اتانازی را به طور شایسته‌ای اجرا می‌کند». لذا در کشورهایی مانند ایران که اتانازی قانونی نیست، گویه اخیر مصداقی نداشته و از پرسشنامه حذف شده است. پاسخ دهندگان در یک مقیاس لیکرت

۵ درجه‌ای از کاملاً مخالف (با نمره یک) تا کاملاً موافق (با نمره ۵) به این پرسشنامه پاسخ دادند. نمره‌گذاری گویه‌های ۲، ۴، ۷، ۹، ۱۴، ۱۵، ۱۷، ۲۰ به صورت معکوس انجام می‌گیرد؛ به این صورت که برای جواب کاملاً موافق نمره ۱ و برای جواب کاملاً مخالف نمره ۵ داده می‌شود. دامنه نمرات بین ۱۰۰-۲۰ می‌باشد و نمره بالاتر نشان‌دهنده نگرش مثبت‌تر به اتانازی است. افرادی که از میانگین نمرات پرسشنامه (۶۰ نمره) نمره بالاتری کسب نمودند؛ دارای نگرش مثبت و پایین‌تر از آن دارای نگرش منفی قلمداد شدند [۱۹]. در مطالعه آقابابایی و همکاران (۲۰۱۱)، پایایی مقیاس بر اساس روش همبستگی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۸۸ به دست آمد. همچنین همبستگی مقیاس نگرش به اتانازی با پذیرش اتانازی، نشان‌دهنده روایی همگرایی مقیاس است [۲۰].

پرسشنامه نگرش مذهبی توسط گلریز و براهنی (۱۳۵۳) تهیه گردیده است. این پرسشنامه دارای ۲۵ سؤال می‌باشد که هر سوال بر اساس مقیاس لیکرت از صفر تا چهار به ترتیب شامل صفر (مخالفم)، یک (نظری ندارم)، دو (نسبتاً موافقم)، سه (موافقم) و ۴ (کاملاً موافقم) نمره دهی می‌شود. دسته بندی نمرات از ۱۰۰-۰ به ترتیب شامل نگرش مذهبی عالی (۷۶-۱۰۰)، خوب (۵۱-۷۵)، متوسط (۲۶-۵۰) و ضعیف (۰-۲۵) می‌باشد. سوالات ۳ و ۴ و ۵ و ۹ و ۱۰ و ۱۱ و ۱۲ و ۱۳ و ۱۵ و ۱۶ و ۱۸ و ۱۹ و ۲۰ و ۲۲ و ۲۴ و ۲۵ پرسشنامه به صورت معکوس نمره‌دهی می‌شوند؛ یعنی در این سوالات به گزینه کاملاً موافقم، نمره صفر و به گزینه مخالفم، نمره چهار تعلق می‌گیرد. روایی همگرایی این پرسشنامه به روش همبستگی با آزمون آلپورت، ورنون و لیندزی، به دست آمده که برابر با ۰/۸۰ می‌باشد. این پرسشنامه از طریق روش گروه‌های شناخته‌شده بررسی شده و نشان داده شده است که به خوبی بین دو گروه عادی و مذهبی تفاوت می‌گذارد [۲۱]. در پژوهش حکیمی و همکاران (۲۰۲۱)، پایایی پرسشنامه بر اساس روش همبستگی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۷۰ به دست آمد [۲۲].

مقیاس هوش هیجانی (عاطفی) بار-آن دارای پنج زیرمقیاس شامل مهارت‌های درون فردی، مهارت‌های بین فردی، مدیریت استرس، توان سازگاری و خلق و خوی عمومی است. این مقیاس در سه مرحله در ایران اجرا شده و پس از انجام برخی تغییرات در متن اصلی، مقیاس از ۱۱۷ سؤال به ۹۰ سؤال تقلیل یافته است. پاسخ‌های سوالات نیز بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از ۵ به

از ادامه شرکت در مطالعه نیز آزاد بودند. همچنین محرمانه ماندن اطلاعات واحدهای مورد پژوهش مد نظر قرار گرفت. پرسشنامه ها توسط مشارکت کنندگان و با نظارت پژوهشگر، تکمیل گردید.

اطلاعات جمع‌آوری شده بوسیله نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ تجزیه و تحلیل گردید. بررسی نرمال بودن داده‌های کمی با آزمون کولموگروف اسمیرنوف انجام شد. اطلاعات توصیفی در قالب فراوانی، میانگین و انحراف معیار ارائه گردید. به منظور تعیین رابطه نگرش مذهبی و هوش عاطفی با نگرش به اتانازی در پرستاران، از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. سطح معنی‌داری در این پژوهش، $P \leq 0/05$ تعیین شد.

یافته‌ها

ویژگی‌های فردی و شغلی مشارکت‌کنندگان در جدول ۱ نشان داده شده است.

یک (کاملاً موافق، نمره ۵؛ موافق، نمره ۴؛ بی نظر، نمره ۳؛ مخالف، نمره ۲ و کاملاً مخالف، نمره ۱) تنظیم شده است. البته در بعضی سؤالات نمره‌گذاری با محتوای منفی یا معکوس از یک به ۵ (کاملاً موافقم و کاملاً مخالفم) انجام می‌شود. دامنه نمرات کل مقیاس بین ۴۵۰-۹۰ می باشد و کسب امتیاز بیشتر در این مقیاس، نشانگر موقعیت برتر فرد در بعد مورد نظر یا در کل مقیاس می‌باشد. برخورداری و همکاران (۱۳۹۴) میزان پایایی مقیاس را به روش زوج - فرد $0/88$ و بر حسب آلفای کرونباخ $0/93$ گزارش نموده اند [۱۴].

در این مطالعه، پس از کسب مجوز از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) و مسئولین محیط پژوهش، کلیه پرستاران که شرایط ورود به مطالعه را دارا بودند، دعوت به همکاری و شرکت در پژوهش شدند. جهت رعایت اخلاق در پژوهش، در ابتدا اهداف و روش کار مطالعه برای پرستاران توضیح داده شد و در صورت تمایل آنها برای شرکت در مطالعه، رضایت نامه آگاهانه اخذ گردید. مشارکت کنندگان برای اتصرف

جدول ۱. ویژگی‌های فردی و شغلی مشارکت‌کنندگان در پژوهش

متغیر	گروه	تعداد	درصد
سن	زیر ۳۰ سال	۲۴	۱۹/۵
	۳۱ تا ۴۰ سال	۷۷	۶۲/۶
	۴۱ تا ۵۰ سال	۲۲	۱۷/۹
جنس	زن	۷۳	۵۹/۳
	مرد	۵۰	۴۰/۷
وضعیت تاهل	مجرد	۳۰	۲۴/۴
	متاهل	۹۳	۷۵/۶
سابقه کاری	۶ ماه تا ۵ سال	۲۵	۲۰/۳
	۶ تا ۱۰ سال	۲۹	۲۳/۶
	۱۰ تا ۱۵ سال	۳۰	۲۴/۴
	۱۶ تا ۲۰ سال	۱۴	۱۱/۳
سطح تحصیلات	بالای ۲۱ سال	۲۵	۲۰/۳
	لیسانس	۹۷	۷۶/۴
	فوق لیسانس	۲۰	۱۶/۳
وضعیت استخدامی	دکتری	۸	۶/۵
	رسمی	۲۹	۲۳/۶
	قراردادی	۹	۷/۳
	طرحی	۳۱	۲۵/۲
وضعیت شیفت کاری	پیمانی	۵۴	۴۳/۹
	ثابت صبح	۱۰	۸/۱
	چرخشی	۱۱۳	۹۱/۹
وضعیت اصالت	بومی	۹۹	۸۰/۵
	غیر بومی	۲۴	۱۹/۵

درصد، ۹۷ نفر) دارای مدرک لیسانس بوده و بین ۱۰ تا ۱۵ سال سابقه کار پرستاری (۲۴/۴ درصد، ۳۰ نفر) داشتند.

بر اساس نتایج مطالعه حاضر در جدول ۱، بیشتر پرستاران (۵۹/۳ درصد، ۷۳ نفر)، زن بوده و در محدوده سنی ۴۰-۳۱ سال قرار داشتند. همچنین بیشتر مشارکت‌کنندگان (۷۶/۴

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار امتیازات پرستاران در نگرش به اتانازی، هوش عاطفی و نگرش مذهبی

متغیر	ابعاد/دسته	میانگین	انحراف معیار
نگرش به اتانازی	ملاحظات اخلاقی	۳۲/۵۰	۹/۳۴
	ملاحظات عملی	۱۴/۹۲	۵/۲۶
	ارج نهادن به زندگی	۴/۶۰	۱/۸۸
	باورهای طبیعت گرایانه	۷/۴۱	۲/۸۳
		۵/۵۸	۰/۵۶
		۲۷۳/۲۸	۸/۹۶
هوش عاطفی	مهارتهای درون فردی	۹۱/۸۱	۷/۱۷
	مهارتهای بین فردی	۵۸/۵۲	۹
	توان سازگاری	۵۱/۴۲	۳/۳۴
	مدیریت استرس	۳۶/۱۶	۲/۹۸
	خلق و خوی عمومی	۳۵/۳۷	۲/۸۰
نگرش مذهبی	----	۵۸/۸۰	۱۱/۲۵

ارج نهادن به زندگی منفی تر و نگرش به اتانازی در زیرمقیاس باورهای طبیعت گرایانه مثبت تر بوده است ($p < 0/001$).

همچنین بر اساس آزمون معناداری ضریب همبستگی پیرسون، ارتباط معکوس و معناداری بین امتیاز هوش عاطفی و نگرش به اتانازی در پرستاران وجود دارد ($p = -0/448, p < 0/001$). به طوری که با افزایش نمرات هوش عاطفی پرستاران، نگرش آنان نسبت به اتانازی منفی تر شده است. همچنین با افزایش امتیاز هوش عاطفی پرستاران، نگرش به اتانازی در زیرمقیاس های ملاحظات اخلاقی، ملاحظات عملی و ارج نهادن به زندگی منفی تر ($p < 0/001$) و نگرش به اتانازی در زیرمقیاس باورهای طبیعت گرایانه مثبت تر بوده است ($p = 0/208$).

مطابق با نتایج جدول ۲، میانگین نمره کل مشارکت کنندگان در زمینه نگرش به اتانازی $32/50 \pm 9/34$ بود. همچنین میانگین نمره کل هوش عاطفی و نگرش مذهبی مشارکت کنندگان به ترتیب $273/28 \pm 8/96$ و $58/80 \pm 11/25$ بود. میانگین نمرات پرستاران در ابعاد مختلف نگرش به اتانازی و هوش عاطفی نیز در جدول مذکور گزارش شده است.

بر اساس نتایج جدول ۳، آزمون معناداری ضریب همبستگی پیرسون ارتباط معکوس و معناداری بین امتیاز نگرش مذهبی پرستاران و نگرش به اتانازی نشان داد ($p = -0/074, p < 0/001$). به طوری که با افزایش نمرات نگرش مذهبی پرستاران، نگرش آنان به اتانازی منفی تر شده است. همچنین با افزایش امتیاز نگرش مذهبی پرستاران، نگرش به اتانازی در زیرمقیاس های ملاحظات اخلاقی، ملاحظات عملی و

جدول ۳. همبستگی بین امتیازات نگرش مذهبی و هوش عاطفی با نگرش به اتانازی در پرستاران

متغیر (زیرمقیاس)	ملاحظات اخلاقی		ملاحظات عملی		ارج نهادن به زندگی		باورهای طبیعتگرایانه		نگرش به اتانازی	
	ضریب همبستگی	مقدار P	ضریب همبستگی	مقدار P	ضریب همبستگی	مقدار P	ضریب همبستگی	مقدار P	ضریب همبستگی	مقدار P
نگرش مذهبی	-0/576	<0/001	-0/560	<0/001	-0/502	<0/001	0/245	<0/001	-0/574	<0/001
هوش عاطفی	-0/438	<0/001	-0/427	<0/001	-0/405	<0/001	0/114	0/208	-0/448	<0/001
زیرمقیاس اول هوش عاطفی (مهارت های درون فردی)	0/015	0/869	0/020	0/827	0/003	0/971	0/068	0/454	0/018	0/847
زیرمقیاس دوم هوش عاطفی (مهارت های بین فردی)	-0/664	<0/001	-0/624	<0/001	-0/614	<0/001	0/108	0/236	-0/679	<0/001
زیرمقیاس سوم هوش عاطفی (توان سازگاری)	0/359	<0/001	0/255	0/004	0/317	<0/001	-0/026	0/772	0/348	<0/001

<۰/۰۰۱	۰/۶۱۴	۰/۰۳۵	-۰/۱۹۰	<۰/۰۰۱	۰/۵۸۴	<۰/۰۰۱	۰/۵۴۰	<۰/۰۰۱	۰/۶۰۳	زیرمقیاس چهارم هوش عاطفی (مدیریت استرس)
<۰/۰۰۱	-۰/۳۶۵	۰/۳۸۶	۰/۰۷۹	<۰/۰۰۱	-۰/۳۳۱	۰/۰۰۱	-۰/۲۹۱	<۰/۰۰۱	-۰/۳۷۴	زیرمقیاس پنجم هوش عاطفی (خلقو خوی عمومی)

جدول ۴: جدول ضرایب تاثیر بتا در برازش مدل رگرسیون گام به گام

متغیر	مقدار بتا	خطای معیار	ضریب بتا استاندارد	آماره تی	مقدار P
مقدار ثابت	۷۸/۸۳۰	۱۲/۰۵۹		۶/۵۳۷	<۰/۰۰۱
نگرش مذهبی	-۰/۱۷۷	۰/۰۳۸	-۰/۳۸۷	-۴/۶۱۰	<۰/۰۰۱
هوش عاطفی	-۰/۱۳۶	۰/۰۴۶	-۰/۲۴۸	-۲/۹۵۰	۰/۰۰۴

متغیر وابسته: نگرش به اتانازی <۰/۰۰۱

نشان داد. نتایج این متغیر مشخص نمود که از میان متغیرهای دینی، قویترین رابطه بین نگرش به اتانازی با جهت‌گیری درونی وجود داشت [۲۴]. همچنین نتایج مطالعه بلوچی بیدختی و همکاران (۲۰۱۴) حاکی از رابطه مستقیم و معنی‌دار بین جهت‌گیری مذهبی درونی با حساسیت اخلاقی می‌باشد. به طوری که هرچه پرستاران جهت‌گیری مذهبی بیشتری داشتند؛ از حساسیت اخلاقی بالاتری برخوردار بودند [۲۵]. یکی از مهم‌ترین عوامل فرهنگی که به ارزش‌های انسانی، رفتارها، تجربیات و ساختار معنا می‌دهد؛ مذهب و معنویت می‌باشد. دورماندن از باورهای اصیل مذهبی راه را برای ابتلای فرد به کشمکش‌های درونی و روانی، احساس پوچی و بی‌هدفی و یاس و ناامیدی در برابر محرومیت‌ها، ناملایمت‌ها و فشارهای روانی هموار می‌کند [۲۶]. زمانی‌مقدم و همکاران (۲۰۱۶) نیز در مطالعه کیفی خود بیان می‌دارند که، مقوله دینداری به عنوان شرط علی در مقولات پیامدی خودکشی، اتانازی و مرگ‌هراسی تاثیرگذار می‌باشد. به عبارتی نوع دینداری در نگرش پیرامون پیامدهای ذکر شده نقش محوری دارد [۲۷]. حق حیات در قرآن و منابع قانونگذاری در اسلام برای تصاحب جان انسان‌ها، تنها بر عهده خداوند است. از طرفی فقه اسلامی و منابع دینی بر ضرورت حمایت و مراقبت از بیمار نیز تاکید دارند و این امر نشان می‌دهد که آموزه‌های اخلاق اسلامی بر کرامت و اصالت ذاتی انسان‌ها تاکید ویژه‌ای دارند [۲۸]. پس با توجه به مطالب عنوان شده به نظر می‌رسد که میزان نگرش مذهبی پرستاران با توجه به اشاراتی که مذاهب و ادیان به این موضوع داشته‌اند می‌تواند بر

براساس نتایج جدول ۴، مدل رگرسیون گام به گام برای نگرش به اتانازی بر اساس نگرش مذهبی و هوش عاطفی، معنادار مشاهده شد ($F=22/045, p<0/001$) و این دو متغیر حدود ۲۸ درصد واریانس امتیاز نگرش به اتانازی را تبیین می‌کنند ($R^2=0/275$). با توجه به ضرایب بتا استاندارد می‌توان گفت که میزان تاثیر نگرش مذهبی بر امتیاز نگرش به اتانازی در پرستاران نسبت به هوش عاطفی بیشتر بوده است.

بحث

هدف مطالعه حاضر، تعیین همبستگی نگرش مذهبی و هوش عاطفی با نگرش به اتانازی در پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه بود. در راستای نتایج مطالعه، با افزایش نگرش مذهبی در پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه نگرش به اتانازی در بین آنان کاهش یافت. در مطالعه حسین‌زاده و عظیمیان (۲۰۱۷)، تقریباً نیمی از شرکت‌کنندگان (۵۰/۵ درصد) اظهار نمودند که نگرش نسبت به اتانازی تحت تاثیر اعتقادات مذهبی آنان است [۵]. Francke و همکاران (۲۰۱۶)، نیز در پژوهش خود در هلند، که به صورت یک نظرسنجی در سطح ملی در مورد نگرش و مشارکت پرستاران و دستیاران آنان در تصمیم‌گیری و عملکرد اتانازی انجام گردید؛ به این نتیجه رسیدند که پرسنل پرستاری، اعتقادات مذهبی یا اعتقادات دیگری برای نگرش خود نسبت به تصمیمات پایان زندگی دارند [۲۳]. در مطالعه آقابابایی و همکاران (۲۰۱۱) نیز تحلیل همبستگی، رابطه منفی نگرش به اتانازی را با متغیرهای دینی

با محدودیت مواجه می‌سازد و نتایج قابل تعمیم به جوامع دیگر نمی‌باشد. لذا پیشنهاد می‌گردد تا مطالعات آینده با مشارکت سایر اعضای کادر درمان صورت گرفته و به مقایسه نتایج در گروه‌های مختلف تیم درمان نیز پرداخته شود. همچنین بررسی سایر عوامل مرتبط با نگرش به اتانازی در اعضای کادر درمان نیز می‌تواند در شناخت این عوامل و برنامه‌ریزی مسئولان بهداشت و درمان کشور کمک کننده باشد.

نتیجه گیری

با افزایش هوش عاطفی پرستاران و نگرش مذهبی، نگرش به اتانازی کاهش یافت. با توجه به اینکه اخلاق یکی از اصول مهم مذهبی و حرفه‌ای به ویژه در حرفه پرستاری می‌باشد و تلاش برای حفظ حیات بیمار مهم‌ترین رسالت پرستاران است؛ پایبندی به این اصول می‌تواند مانع از پایان دادن به حیات بیماران شود. در نتیجه ضروری است تا مدیران و مسئولان پرستاری برای ارتقاء آگاهی پرستاران در زمینه رعایت اصول اخلاقی، بیشترین تلاش خود را به کار بندند. زیرا پایبند بودن به اخلاق پزشکی اسلامی موجب تعیین حد و مرزهایی می‌شود که مانع ورود انسان به برخی مسائل مثل پایان دادن به زندگی حتی از روی اجبار و ترحم می‌گردد.

سپاسگزاری

مقاله حاضر حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری است که با کد اخلاق به شماره IR.IAU.KHUISF.REC.1398.189 مورد تایید کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) قرار گرفته است. نویسندگان مقاله مراتب تقدیر و تشکر خود را از مسئولین محترم محیط‌های پژوهش و کلیه پرستاران شرکت کننده در پژوهش که در انجام این مطالعه ما را یاری دادند؛ اعلام می‌دارند.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچگونه تضاد منافی در این مطالعه وجود ندارد.

نگرش به اتانازی تاثیرگذار باشد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که با افزایش هوش عاطفی در پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه؛ نگرش به اتانازی در بین آنان کاهش یافت.

در مطالعه Aradilla-Herrero و همکاران (۲۰۱۳)، محققان اظهار نمودند که بین نگرش به مرگ و هوش عاطفی در دانشجویان پرستاری رابطه وجود دارد. آنان در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که آموزش مهارت‌های عاطفی و برنامه‌های آموزش مرگ سبب شد تا میانگین نمرات دانشجویان پرستاری از خرده مقیاس‌های ترس از مرگ دیگران کاهش یافته و ابعاد هوش عاطفی به طور چشمگیری افزایش پیدا کند [۲۹]. در مطالعه مسعودی و علوی (۲۰۲۱) نتایج نشان‌دهنده رابطه مثبت و معنی دار بین هوش هیجانی و تصمیم‌گیری بالینی در پرستاران بود [۱۲]. همچنین نتایج مطالعه رستمی و همکاران (۲۰۱۶) نشان داد که هوش هیجانی (عاطفی) می‌تواند منجر به بکارگیری سبک‌های مقابله‌ای موثر در استرس (مسئله محور) شود [۳۰].

در این راستا می‌توان گفت که هوش عاطفی به عنوان یک عامل مهم در عرصه مراقبت‌های پزشکی است. هوش عاطفی به عنوان یک اصل برتری و شایستگی در سنجش ویژگی‌های روانی- اجتماعی پرستاران در روابط بین‌فردی قلمداد می‌شود [۱۴]. هوش عاطفی نه تنها به افراد کمک می‌کند تا تعارضات سازمانی را بهتر مدیریت کنند، بلکه افراد را در برابر استرس محافظت می‌نماید و به سازگاری و تطابق بهتر و در نتیجه عملکرد بهتر آنان کمک می‌کند [۱۴، ۱۳]. در همین ارتباط تاثیر هوش عاطفی بر کنترل استرس و تضاد در محیط کاری پرستاران انکارناپذیر می‌باشد و مطالعات متعددی تاثیر هوش عاطفی بالاتر را بر کاهش استرس و مدیریت هیجان‌ها در پرستاران گزارش کرده‌اند [۱۳].

یکی از محدودیت‌های مطالعه حاضر، زیاد بودن تعداد سوالات پرسشنامه‌ها برای جمع‌آوری اطلاعات بوده که ممکن است بعضی از پاسخ‌دهندگان به علت کم‌حوصلگی، یا خستگی ناشی از کار زیاد، پاسخ دقیقی به سوالات نداده باشند. همچنین جامعه آماری در این مطالعه، فقط پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه بوده‌اند؛ که این مسئله تعمیم‌پذیری نتایج را

References

1. Asgari P, Atashi A, Meraji M, Miri MM. The comparison of selected datamining techniques in ICU mortality risk prediction in Imam Hossein hospital. *J Mod Med Info Sci.* 2020; 5(2):59-67. (In Persian). <https://doi.org/10.29252/jmis.5.2.59>
2. Taghadosi nejad F, Okazi A, Maghareh zade Esfehiani M, Yousefi Nejad V. Comparison of attitude of physicians and patients about euthanasia in Tehran's University of Medical Sciences hospitals in 2012-2013. *Iran J Forensic Med.* 2014;20(4 and 1):377-84. (In Persian).
3. Mishara BL, Weisstub DN. Premises and evidence in the rhetoric of assisted suicide and euthanasia. *International journal of law and psychiatry.* 2013;36(5-6):427-35. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2013.09.003>
4. Roohollahzadeh Andevari J, Yadollahpour MH, Khafri S, Shabani Faramarzi A. The attitude of medical students of Babol University of Medical Sciences towards euthanasia. *Journal of Religion and Health.* 2020;8(1):89-98. (In Persian).
5. Hosseinzadeh K, Azimian J. The attitudes of nursing students towards euthanasia. *Iran J Bioethics.* 2017;7(23):79-85. (In Persian)
6. Sabzi Z, Royani Z, Mancheri H, Aghaeinejad A, Kochaki GM, Kalantari S, et al. The relationship between occupational stress and coping strategies in critical care nurses. *Iran Occupational Health Journal.* 2017;14(5):45-52. (In Persian).
7. Rezakhani moghaddam H, Babazadeh T, JoobjarF, Aghazadeh Z, Aletaha S, Habibi A. Religious attitudes of health centers clients and social capital: examining the relationships and contributing factors. *J Res Relig Health.* 2017;3(2):66-77. (In Persian).
8. Araghian Mojarad F, Amirkhanlou Z, Jafari H. A review of religious orientation in nurses and nursing students. *Journal of Religion and Health.* 2022;9 (2):71-80. (In Persian).
9. Narimani M, Ilbeigy ghale nei R, Rostami M. Role of religious attitudes, spiritual well-being and social support in predicting the life satisfaction in mothers of mental retardation children. *Islam and Health Journal.* 2014;1(3):41-49. (In Persian).
10. Hasandoost F, Mafi M H, Shafiei kisoumi3 Z, Mahmoudi khodabandelloo3 Z, Kasirlou L. A Survey of spirituality attitudes and spiritual care of nurses in Vellayat educational and therapeutic center in Qazvin in 2016. *SJNMP* 2018;3(3):36-44. (In Persian). <https://doi.org/10.29252/sjnmp.3.3.36>
11. Noori A, Sanagoo A, Jouybari L, Azimi M, Adib M, Rajabi A. Comparing the attitudes of nurses and nursing students towards spirituality and spiritual care in nursing field of Golestan University of medical sciences in 2014. *Journal of Education and Ethics in Nursing.* 2016;5(2):8-15. (In Persian). <https://doi.org/10.52547/ethicnurs.5.2.2>
12. Masoudi K, Alavi A. Relationship between nurses' emotional intelligence with clinical decision-making. *Avicenna J Nurs Midwifery Care.* 2021;29(1):14-22. (In Persian) <https://doi.org/10.30699/ajnmc.29.1.14>
13. Jenaabadi H, Nastiezaie N. The relationship between emotional quotient and conflict and job stress management among nurses. *Journal of Nursing Management.* 2016;4(3):18-28. (In Persian).
14. Barkhordari M, Rostambeygi P, Ghasemnejad M. Measuring emotional intelligence of nursing student. *Iranian Journal of Nursing Research.* 2016;10(4):12-19. (In Persian).
15. Delpasand M, Nasiripoor AA, Raiisi P, Shahabi M. Relationship between emotional intelligence and occupational burnout among nurses in Critical Care Units. *Iranian Journal of Critical Care Nursing.* 2011;4(2):79-86. (In Persian).
16. Ebrahimi N, Sadeghmoghadam L, Hosseinzadeh F, Bahri N. The Relationship between Emotional Intelligence with Job and Individual Characteristics of Nursing Staff. *J Health Saf Work.* 2020;10(3):290-300. (In Persian).
17. Sarhadi M, Abdollahyar A, Sarhadi R. Attitudes of nurses toward euthanasia in the hospitals of Zahedan, Iran, 2014. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences.* 2017;23(6):910-15. (In Persian). <https://doi.org/10.21859/sums-2306910>
18. Bahrami Babaheidari T, Tajvidi M, Amini Sahneh Y, Hosseinagholi Poor Esfahan Bonab N, Farzan S M, Kaki B, et al . A comparative study on the attitude of nurses and patients towards euthanasia. *Aumj.* 2019;8(3):263-71. (In Persian). <https://doi.org/10.29252/aums.8.3.263>
19. Rayat Dost E, Maleki F, Foroughian M, Taghipour N, Kalani N, Shojaie M. Attitude

- to euthanasia: A descriptive-analytical study from the perspective of physicians. *Horizon of Medical Education Development*. 2020;10(2):9-17. (In Persian).
20. Aghababaei N. Measurement of attitude towards euthanasia. *Iranian Journal of Medical ethics and History of Medicine*. 2011;5(1):59-70. (In Persian).
 21. Golriz G. A research to prepare religious attitude and survey the relationship between religious attitude with other feedbacks and personal characteristics. Master's thesis in psychology. Tehran University. 1975.
 22. Hakimi AR, Khosropour F, Khojasteh Chatroudi S. Investigating the relationship between religious attitude and positivism and life expectancy in patients hospitalized in Kerman hospitals in 2019: The mediating role of psychological hardiness and perceived stress: A descriptive study. *JRUMS*. 2021;20(1):23-36. (In Persian) <https://doi.org/10.52547/jrums.20.1.23>
 23. Francke AL, Albers G, Bilsen J, de Veer AJ, Onwuteaka-Philipsen BD. Nursing staff and euthanasia in the Netherlands. A nation-wide survey on attitudes and involvement in decision making and the performance of euthanasia. *Patient education and counseling*. 2016;99(5):783-9. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.11.008>
 24. Aghababaei N, Hatami J, Rostami R. The role of individual characteristics and judgment pattern in attitude toward euthanasia. *Iranian Journal of Critical Care Nursing*. 2011;4(1):23-32. (In Persian).
 25. Baloochi Beydokhti T, Tolide-ie H, Fathi A, Hoseini M, Gohari Bahari S. Relationship between religious orientation and moral sensitivity in the decision making process among nurses. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2014;7(3):48-57. (In Persian).
 26. RezaieShahsavarloo Z, Taghadosi M, Mousavi M, Lotfi M, Harati K. The relationship between spiritual well-being and religious attitudes with life satisfaction in elderly cancer patients. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2016;4(1):47-55. (In Persian).
 27. Zamani Moghaddam M, Moosa Afzalian Salami M, Serajzade SH. A study on attitudes to suicide, euthanasia and fear of death (case study: 19-27 year-old Kharazmi University students). *Strategic Studies on Youth and Sports*. 2016;15(31):113-27. (In Persian).
 28. Lashgari S, Asadi H. Ethical effects of the reception of assisted suicide in Iranian law. *Iran J Med Law* 2020; 14(52): 209-29. (In Persian)
 29. Aradilla-Herrero A, Tomás-Sábado J, Gómez-Benito J. Death attitudes and emotional intelligence in nursing students. *OMEGA-Journal of Death and Dying*. 2013;66(1):39-55. <https://doi.org/10.2190/OM.66.1.c>
 30. Rostami M, Movaghari M, Taghavi T, Mehran A. The relationship between emotional intelligence and coping styles of nurses in hospitals in Kermanshah University of Medical Sciences. *IJNR*. 2016;11(1):51-61. (In Persian).