

عشق انسانی یا دانش حرفه ای؟

گزارش ۱۷ سال مراقبت موفق از یک بیمار در وضعیت زندگی نباتی براساس تئوری اورم

مژگان خادمی^۱، نصرالله علی محمدی^۲، دکتر حیدر علی عابدی^۳، درسا دهقان اناری^۴

چکیده

مقدمه: بیماریها و صدمات نه فقط ساختارهای ویژه، مکانیسم های فیزیولوژیک و روانشناختی را تحت تأثیر قرار می دهند، بلکه به طور کلی بر عملکرد انسان اثر می کنند. اختلال جدی در عملکرد انسانی باعث اختلال دائم یا موقت در توانایی فرد برای مراقبت از خود می شود. زندگی نباتی یکی از این اختلالات جدی و مرحله ای از عدم هوشیاری و عدم آگاهی کامل از خود و محیط اطراف می باشد، که باعث می گردد بیمار توانایی خود مراقبتی را از دست داده و نیازمند به یک سیستم مراقبتی جبرانی کامل گردد. هدف این گزارش موردی توصیف و تفسیر نمونه ای از مراقبت وابسته طولانی مدت به وسیله اعضای خانواده برای یک بیمار در وضعیت نباتی پایدار بر اساس تئوری اورم می باشد.

مورد: بیمار یک مجروح جنگی ۳۴ ساله ایرانی ساکن اصفهان است که در سال ۱۳۶۶ در هفده سالگی متعاقب انفجار در جنگ دچار ضربه مغزی شده و سپس وارد زندگی نباتی گردیده است. عامل اصلی مراقبت پدر ۵۸ ساله وی با تحصیلات ابتدایی است. جهت جمع آوری اطلاعات کیفی و کمی از اندازه های زیست فیزیولوژیک، معاینه بالینی، مشاهده نحوه مراقبت و مصاحبه با عامل مراقبت استفاده شده است. در هنگام جمع آوری اطلاعات، وضعیت سیستم ها از قبیل سیستم پوششی، تنفسی، قلبی و عروقی، ادراری و ... طبیعی بود. تست های آزمایشگاهی شامل هماتولوژی، بیوشیمی خون، کشت خون، آنالیز ادراری، کشت ادرار، تراکم استخوانی و ... طبیعی بود و در مجموع هیچ یک از عوارضی که در بیماران با کاهش سطح هوشیاری دیده می شود از قبیل زخم بستر، سوء تغذیه، عفونت و ... دیده نشد.

بحث و نتیجه گیری: این مطالعه ماهیت شفا بخشی خانواده را که از طریق عشق و امید تضمین کننده حیات انسان است، مورد تأیید قرار می دهد. به عقیده اورم عشق یک عاطفه انسانی مثبت است که انسان را به ماورای موقعیت سوق می دهد. بخشش که یک قسمت فعال از عشق کامل می باشد مراقبت کنندگان را قادر می کند تا با بیمار خود یکی شوند و این یکی شدن کمک می کند تا موقعیت ویژه زندگی را درک نموده و در جهت حل موقعیت مشکل تلاش نمایند. مراقبت وابسته یک عملکرد ویژه خانواده است. در موقعیت های مشکل، قدرت خانواده و عشق انسانی حاکم بر آن باید بیش از پیش مورد توجه سیستم مراقبت رسمی واقع شود و در جهت قدرت بخشی خانواده گام برداشته شود. علاوه بر این با توجه به نقش عواطف انسانی در ارائه مراقبت جامع و مؤثر، پرورش نگرش و عواطف انسانی در آموزش پرستاری باید مورد توجه واقع گردد. زیرا مراقبت مؤثر نه فقط نیازمند عملکرد بر اساس دانش حرفه ای می باشد بلکه نیازمند عشق، عاطفه و نگرش انسانی می باشد.

واژه های کلیدی: بشر دوستی بالینی، تئوری نقص مراقبت از خود اورم، زندگی نباتی

پذیرش مقاله: ۸۵/۷/۲۰

دریافت مقاله: ۸۵/۳/۲۷

۱ - دانش آموخته کارشناسی ارشد پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اراک (نویسنده مسؤول)
آدرس: شهرک مصطفی خمینی، بلوار گلستان، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اراک
تلفن: ۰۹۱۲۶۴۷۳۴۹۱

پست الکترونیکی: khademi_moj@yahoo.com

۲ - دانش آموخته کارشناسی ارشد پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

۳ - دانشیار دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

۴ - دانش آموخته کارشناسی ارشد پرستاری دانشگاه آزاد کرمان

مقدمه

عشق شفا دهنده است، هم برای کسانی که ارزیابی کننده آن هستند و هم برای کسانی که مشمول دریافت آن واقع می شوند.

بیماریها و صدمات نه فقط ساختارهای ویژه، مکانیسمهای فیزیولوژیک و روانشناختی را تحت تأثیر قرار می دهند، بلکه به طور کلی بر عملکرد انسان اثر می گذارند. اختلال جدی در عملکرد انسانی به دلایلی از قبیل عقب ماندگی ذهنی، اغما و... باعث اختلال دائم یا موقت در توانایی فرد برای مراقبت از خود [۱] و نیاز به مراقبت وابسته^۱ می گردد. شرایط بی شماری وجود دارند که نشان دهنده نقص مراقبت از خود^۲ بوده و در نتیجه نیاز به مراقبت وابسته را ضروری می سازند. از جمله این شرایط می توان به محدودیت آگاهی یا فقدان آگاهی نسبت به خود یا محیط اشاره نمود [۲].

زندگی نباتی^۳ مرحله ای از عدم هوشیاری و عدم آگاهی کامل از خود و محیط اطراف می باشد که فرد می تواند بدون هیچ گونه فعالیتی در کورتکس مغز^۴ سالها زنده باقی بماند T بدون اینکه هوشیاری اش را مجدداً به دست آورد. این وضعیت باعث نقص کامل در مراقبت از خود و نیاز به مراقبت وابسته و یک سیستم مراقبتی جبرانی کامل^۵ می گردد. پیشرفت های اخیر در علم و تکنولوژی منجر به بقای بسیاری از این بیماران که در گذشته از بین می رفتند گردیده است [۳]. تعداد بیماران مبتلا به این وضعیت که مرگ نئوکورتیکال^۶ هم نامیده می شود روبه افزایش است. اطلاعات دقیقی درباره آمار اینگونه موارد در ایران در دست نیست، اما بروز سالیانه آن در آمریکا ۱۴-۳۵

هزار مورد برآورد شده و بقای این بیماران ۵-۲ سال تخمین زده می شود. کنترل این بیماران، با مشکلات طبی، روانی و اخلاقی متعددی همراه است [۴]. در این موارد لازم است تصمیمات مناسبی درباره داروها، هیدراتاسیون، تغذیه و انتقال بیمار به آسایشگاه یا منزل اتخاذ گردد. درمان تهاجمی شامل مواردی نظیر جاگذاری لوله بینی-معدی، کنترل و درمان عفونتها و در صورت نیاز تراکتوستومی می باشد. ناتوانی در حفظ راه هوایی باز، الگوی تنفسی غیر مؤثر، آسپیراسیون، عفونت، اختلال در تغذیه و عدم تطابق مؤثر خانواده از شایعترین مشکلات پرستاری در این بیماران می باشند. بنابراین کیفیت مراقبتهای پرستاری در آسایشگاه یا منزل از اهمیت ویژه ای برخوردار است [۵و۶]. به محض توقف مراقبت ویژه بیمار ترخیص شده، تلاش برای نوتوانی پایان یافته و مسؤولیت اداره بیمار به دوش خانواده و جامعه محول می گردد [۴]. وقتی خانواده مسؤولیت مراقبت از چنین بیماری را می پذیرد، به ساختاری برای مراقبت وابسته تبدیل می شود. مراقبت وابسته مجموعه فعالیتهای مراقبتی است که افراد بالغ و مسؤول برای افراد وابسته انجام می دهند. هدف این نوع مراقبت رفع نیازهای مراقبت از خود درمانی^۷ فرد وابسته، ارتقاء تکامل، حفظ حیات و در برخی موارد تسهیل مرگ با آرامش می باشد و این هدف به وسیله عامل مراقبت وابسته^۸ تحقق می یابد [۷]. اما مراقبت وابسته از بیمارانی که در زندگی نباتی به سر می برند در منزل بسیار مشکل است، زیرا حتی اگر از نظر طبی در وضعیتی پایدار باشند نیازمند مراقبت و پرستاری مداوم و دقیق خواهند بود. در بسیاری از مطالعات گزارش شده که مراقبت کنندگان و به ویژه مراقبت کنندگان خانوادگی در مراقبت از این بیماران با مشکلات عملی زیادی مواجه می

- 1- Dependent care
- 2- Self care deficite
- 3- Vegetative state
- 4 - Brain Cortex
- 5- Wholly compensatory system
- 6 - Neocortical death

- 7- Therapeutic self care requisite
- 8- Dependent care agent

شوند[۴]. مراقبت پایانی از چنین بیمارانی همیشه موفقیت آمیز نیست. اکثر بیماران رنج خواهند برد و در بسیاری از موارد این رنج بسیار هولناک است[۸]. بقای طولانی مدت چنین بیمارانی به خصوص در صورت عدم برخورداری از مراقبت حرفه ای، عوارض متعددی را به دنبال دارد، اما در مورد معرفی شده در این مقاله عامل مراقبت وابسته علی رغم عدم برخورداری از دانش و صلاحیت حرفه ای و با ارائه مراقبتی جامع، پاسخگوی نیازهای مراقبت از خود درمانی بیمار بوده است، به همین دلیل پژوهشگران بر آن شدند تا به توصیف و تفسیر این مورد بپردازند. این مطالعه یک گزارش موردی است که جهت جمع آوری اطلاعات کمی و کیفی از اندازه های زیست فیزیولوژیک، معاینه بالینی، مشاهده نحوه مراقبت و مصاحبه با عامل مراقبت وابسته استفاده شده است.

گزارش مورد: بیمار یک مجروح جنگی ۳۴ ساله بود

که در سال ۱۳۶۶ و در سن هفده سالگی در جبهه جنگ متعاقب موج انفجار و ضربه مغزی، دچار کاهش سطح هوشیاری و سپس زندگی نباتی گردیده بود. وی در ابتدای حادثه به مدت دو سال در بیمارستانهای مختلف بستری گردیده و عوارض مختلفی از قبیل پنومونی اسپراسیون، عفونت ادراری و زخم های فشاری متعدد در وی رخ داده بود. به دنبال بدتر شدن وضعیت جسمی بیمار، پدر وی (عامل اصلی مراقبت وابسته) او را به منزل منتقل نموده بود. عامل مراقبت وابسته ۵۸ ساله و دارای تحصیلات ابتدایی بود که شغل اصلی وی، کفاشی و به دنبال پذیرش مسؤلیت مراقبت از فرزند، شغل خود را ترک نموده بود. وی در مصاحبه اظهار داشت که در زمان همراهی فرزندش در بیمارستان، برخی اصول مراقبتی را فرا گرفته و علی رغم عدم برخورداری از دانش حرفه ای و حتی تحصیلات کافی، پاسخگوی کلیه نیازهای مراقبت از خود

درمانی بیمار بوده و به اهداف مراقبت از چنین بیمارانی از قبیل حفظ راه هوایی باز، حفاظت از آسیب جسمی، حفظ تعادل مایعات و الکترولیتها، تأمین سلامت غشاهای مخاطی دهان، حفظ سلامت پوست، عدم بروز عوارض و ... [۵] جامه عمل پوشانده است. در طی هفده سال مراقبت در منزل فقط یک بار به دلیل عفونت ادراری مجبور به انتقال بیمار به بیمارستان گردیده بود. وی در ارتباط با نحوه مراقبت از بیمار اظهار داشت:

«هر شب لوله اش (لوله بینی - معدی) را در می آورم در آب و ساون می گذارم تا صبح و بعد دوباره صبح می گذارم... سوپ سبزی و مرغ و ... را له می کنم و به او می دهم... فنوباربییتال را خرد می کنم و...»

«هر ۲ ساعت برایش لوله ادرار می گذارم ...»

«هر ۳ ساعت با یک حوله مرطوب تمام بدنش را پاک

می کنم چین ها و...»

«هر ۲ ساعت از این تخت به آن تخت منتقلش

می کنم...»

«روزی ۱۰۰ بار مفاصلش را حرکت می دهم...»

«دهانش را با آب میوه شستشو می دهم»

«با او حرف می زنم می گویم باید خوب شوی بلند

شو... دوستان از دواج کرده اند...»

«حس می کنم که چه می خواهد... چه کاری باید

انجام دهم...»

یافته های حاصل از بررسی و معاینه بیمار و نتایج آزمایشات پاراکلینیکی گویای موفقیت عامل وابسته در رفع نیازهای مراقبت از خود درمانی بیمار بود. بهداشت و ظاهر عمومی خوب، وزن مناسب، الگوی تنفسی طبیعی، وضعیت قلب و عروق طبیعی، فقدان تغییرات عضلانی - اسکلتی، سیستم پوششی سالم، تراکم استخوانی طبیعی و مقادیر آزمایشگاهی طبیعی (هماتولوژی و بیوشیمی خون، کشت

است و می تواند مسئولیت مراقبت از خود و خانواده را برعهده گیرد [۹] صحه گذاشته است.

خون، کشت ادرار، آنالیز ادرار و ... جدول شماره ۱) و در مجموع فقدان عوارض حاصل از کاهش سطح هوشیاری و بی حرکتی، حاصل هفده سال مراقبت جامع و براساس نیاز بودند. عامل مراقبت وابسته به خوبی با درمانگران و مراقبت کنندگان حرفه ای و همچنین منابع حمایتی جامعه (بنیاد جانبازان) ارتباط برقرار نموده و همه توان خود و امکانات موجود در جامعه را به امید بهبود وضعیت فرزند خود و یا در نهایت مرگ با احترام و در خور شأن انسان به کار گرفته و بر این قضیه اورم که انسان موجودی توانمند

جدول شماره ۱: نتایج بررسیهای پاراکلینیکی بعمل آمده از مورد گزارش شده

بررسیهای خونی				تجزیه ادرار					
FBS	97	Calcium	10	WBC	5.9	MCV	99	Color	yellow
Urea	15	Phosphorus	3.7	Lym %	51	MCH	1.3	SG	1.010
Creatinine	0.3	Sodium	139	Mid %	0	MCHC	31.6	PH	7
Cholesterol	141	Potassium	3.7	Grn %	49	RDW	6.9	RBC	1
Triglyceride	56	TIBC	287	RBC	4.27	PLT	221	WBC	1
HDL	70	Total Billi	0.18	Hgb	13.4	MPV	7.5	Proteine	Neg
LDL	137	Direct Billi	0.4	Hct	%42.3			Glucose	Neg
Albumin	4	SGOT	15					keton	Neg
		SGPT	35					Bacteria	Neg
								Cast	Neg

قرار می دهد. به عقیده اورم عشق یک عاطفه انسانی مثبت است که انسان را به ماورای موقعیت سوق می دهد. بخشش که یک قسمت فعال از عشق کامل می باشد عامل مراقبت وابسته را قادر می کند تا با بیمار خود یکی شده و این یکی شدن به او کمک می کند تا موقعیت ویژه زندگی را درک نموده و در جهت حل موقعیت مشکل تلاش نماید [۲].

ویژگی خاص این مطالعه، نقش امید و عشق پدر به فرزند بر ارائه مراقبت موثر می باشد. به گفته کمپ^۱ یک مراقبت کننده موثر همیشه امیدوار است و امید می بخشد.

بحث و نتیجه گیری: انسان موجودی دانا و متفکر است و همیشه آمادگی ارزیابی موقعیتی که در آن قرار گرفته و نشان دادن واکنش مقتضی به این موقعیت را دارا است. اورم کلیت انسان و توانایی منحصر به فرد او در مراقبت از خود و مراقبت وابسته را مورد توجه ویژه قرار داده است [۱۰]. وی خانواده را معمولترین موقعیت مراقبت وابسته دانسته [۷] و معتقد است که خانواده فقط مددجو یا دریافت کننده مراقبت نیست بلکه در درجه اول حامی افراد می باشد [۱۱].

این مطالعه ماهیت شفا بخشی خانواده را که از طریق عشق و امید تضمین کننده حیات انسان است مورد تأیید

1 - Kemp

وی همچنین معتقد است که این امید صرفاً امید به زنده ماندن و ادامه حیات بیمار نیست بلکه امید به کسب معنی، هدف و رنج کمتر می باشد [۸]. در بسیاری از منابع و مراجع اشاره شده که مراقبت از بیمارانی که در زندگی نباتی به سر می برند، با مشکلات متعددی همراه است. به نحوی که در نهایت به واگذاری مسؤلیت مراقبت به مؤسسات موجود در جامعه منجر می شود [۴]. در مورد معرفی شده نه فقط چنین اتفاقی رخ نداده است، بلکه مراقبت به صورت حفظ یکپارچگی و تمامیت بیمار متمرکز و ثمر واقع شده است. این در حالی است که در مطالعات متعددی به عوارض احتمالی کاهش سطح هوشیاری و همچنین مشکلات متعددی که مراقبت کنندگان این بیماران در منزل با آن مواجه می شوند، اشاره شده است. در یک مطالعه کلاسیک گزارش شده است که حتی مردان جوان سالمی که به دلایلی بی حرکت بوده اند دچار مسائل فیزیولوژیک شده اند. کاهش سطح هوشیاری و بی حرکتی می تواند سبب عواقب متعددی گردد که این پی آمدها می توانند تدریجی یا فوری باشند [۱۲].

تغییرات متابولیک از قبیل تغییر در متابولیسم اندوکرین، جذب مجدد کلسیم، تغییرات تنفسی مانند آتلکتازی، پنومونی هیپوستاتیک، نارسایی تنفسی، تغییرات قلبی و عروقی مثل هیپوتانسسیون ارتوستاتیک، ترومبوز وریدی، تغییرات عضلانی- اسکلتی از قبیل اختلال در متابولیسم کلسیم، اختلال در حرکت مفاصل، از دست رفتن توده عضلانی، از دست رفتن توده بدن، استئوپروز و شکستگی های پاتولوژیک، سفتی مفاصل، افتادگی پا، تغییرات سیستم ادراری، رکود ادرار، سنگ های کلیوی، دهیدراتاسیون ناشی از دریافت ناکافی مایعات و در نتیجه کاهش برون ده ادراری و عفونت های ادراری از مشکلات شایع در این بیماران می باشند [۱۳]. این بیماران همچنین دچار کاهش حرکات معدی- روده ای و در نتیجه کاهش

جذب مواد مغذی می شوند که این مسئله خود را با تحلیل عضلات و بافت های زیر جلدی، کاهش تعداد گلبول های سفید و قرمز و در نتیجه سوء تغذیه، خشکی و شکنندگی پوست، مو، ناخن، عفونت، آنمی و اختلال در ترمیم زخم نشان می دهد. جذب مایع نیز در این بیماران کاهش می یابد و این امر منجر به دهیدراتاسیون، یبوست، کاهش حجم خون، کاهش خونرسانی بافت، کاهش برون ده ادراری و رکود ترشحات ریوی می شود [۵ و ۱۲]. حتی با وجود تجهیزات پیشرفته و پرسنل حرفه ای در بیمارستانها و مؤسسات مراقبت طولانی مدت، بروز این عوارض کاملاً شایع می باشد.

شاید بتوان تفاوت بین وضعیت بیمار تحت مطالعه و بیماران مشابه در مراکز مراقبتی را براساس تفاوت های بین مراقبت حرفه ای و غیر حرفه ای تفسیر نمود. عشق، عاطفه، ارزش، وفاداری، وظیفه و تعهد، انگیزه هایی قوی در مراقبت کنندگان خانوادگی ایجاد می کند [۱۴ و ۱۵] که تلفیق مراقبت با چنین ویژگی هایی نتیجه مراقبت را آشکارا تغییر خواهد داد. بنابراین توجه به تلفیق مراقبت پرستاری با عواطف انسانی و بشردوستانه امری مهم است. صلاصالی و همکاری در این زمینه اظهار داشته اند، وظیفه اصلی مؤسسات آموزشی که با حرفه های بهداشتی و وابسته به سلامت سر و کار دارند این است که به دانشجویان، اساتید و ... بیاموزند که چگونه یک ارتباط مراقبتی شفاف بخش با بیماران، مددجویان، جامعه و خودشان برقرار نمایند. وظیفه این مؤسسات، آموزش داشتن دیدگاه کل نگر و نگاه به بیمار به عنوان یک انسان و درک ماهیت ارتباط شفا بخش می باشد. تأکید بر مراقبت بین فردی اساس کار بوده و چنین مراقبتی اصالت وجود، توانایی توجه به خود و دیگری در یک چارچوب هوشمندانه را می طلبد که این چارچوب هوشمندانه اجزای عشق، شفا و مراقبت کامل را در بر می گیرد. فرایند مراقبت - شفا،

انسانها را به یکدیگر مربوط می سازد و انرژی بالاتری در جهان ایجاد می کند که می تواند بر همه ابعاد فیزیکی فائق آید. الحاق مراقبت و عشق، شفای درونی برای خود و دیگران به همراه می آورد و در سطح متافیزیک و دنیای متعالی گسترش یافته و تکامل تدریجی مشترک انسان و کیهان درون را شرح می دهد [۱۶].

این گزارش نشان دهنده قدرت و توانایی عوامل مراقبت وابسته در ارائه یک سیستم مراقبتی جبرانی کامل به بیماران می باشد. آگاهی از این موضوع به مراقبت کنندگان حرفه ای کمک می کند تا در برنامه ریزی های خود به نیروی این منابع قوی نیز توجه داشته و آنها را به عنوان مصرف کننده یا عناصر پشت صحنه در نظر نگیرند، بلکه با برنامه ریزی صحیح اقدامات آنها را در جهت اثربخشی بیشتر جهت دهی نمایند. اورم در این زمینه اظهار داشته است که تغییرات دموگرافیک، افزایش جمعیت سالمندان، پیشرفت تکنولوژی و افزایش تعداد افراد مبتلا به شرایط مزمن اهمیت نقش مراقبت وابسته و همچنین توجه به عوامل مراقبت وابسته را می رساند. پرستاران در موقعیتی هستند که باید با خانواده و افراد کارکنند تا اشخاصی که از نظر روانشناختی و جسمی قادر و مایل به ایفای نقش عامل مراقبت وابسته هستند را شناسایی و انتخاب کنند. علاوه بر این حرفه پرستاری مسؤول پیدا کردن راههایی برای حفاظت خود این عوامل می باشد. زیرا توان مراقبت وابسته یک قدرت انسانی است که هم قابل رشد و هم قابل زوال است [۲]. بنابراین توجه به

عوامل مراقبت وابسته و مراقبت از خود آنان ضروری می باشد [۱۷].

مراقبت وابسته یک عملکرد ویژه خانواده است. در موقعیت های مشکل، قدرت خانواده و عشق انسانی حاکم بر آن باید بیش از پیش مورد توجه سیستم مراقبت رسمی واقع شود و همچنین در جهت قدرت بخشی خانواده گام برداشته شود.

علاوه بر این با توجه به نقش عواطف انسانی در ارائه مراقبت جامع، پرورش نگرش انسانی مثبت در آموزش پرستاری باید بیش از پیش مورد توجه قرار گیرد، زیرا مراقبت مؤثر نه فقط نیازمند عملکرد بر اساس دانش حرفه ای می باشد، بلکه به عشق، عاطفه و نگرش انسانی نیز نیازمند است. همچنان که صلصالی و همکاری نیز اظهار داشته اند، تلفیق عشق و مراقبت برای تکوین پارادایمی جدید برای هزاره جدید ضروری است. چنین پارادایمی چشم اندازی زیباتر از پرستاری ارائه می دهد که پرستاری فراتر از یک شغل بوده و حرفه ای زندگی بخش است. برای رسیدن به چنین بلوغ و تکاملی نیازمند دگرگونی اساسی در آموزش، مؤسسات، حرفه پرستاری و خود بوده و لازم است اخلاق، عملکرد و دانشمان را در درون چنین پارادایم نوینی تکوین بخشیم.

تشکر

پژوهشگران مراتب قدردانی خود را از بیماران، خانواده آنها و دانشگاه علوم پزشکی اراک اعلام می نمایند.

منابع

- 1- Tomey AN, Alligood MR. Nursing theorists and their works. 5thed, St. Louise: Mosby; 2002: p 193.
- 2- Orem D, Nursing concepts of practice 6thed, St. Louise: Mosby; 2001: p 282-286.
- 3- Rodolf J, Sobeslcy J, Ghaemi M, The correlation between cerebral glucose metabolism benzodiazepine receptor density in the acute vegetative state, European Journal of Neurology. 2002; 9 (6): 671.
- 4- Chiambretto P, Ferrario SR, Zotti AM, Patients in a persistent vegetative state: caregiver attitudes and relations. Acta Neurologica. Scandinavica. 2001; 4(6): 364.
- 5- Smeltzer SC, Bare BG, Brunner and Suddarths text book of medical – surgical nursing 10thed, Philadelphia lippincott; 2004. p 1851-2.
- 6- Urden LD, Stacy KM, Lough ME. Thelan's critical care nursing, diagnosis and management. 4thed. St. Louis: Mosby; 2002: p 678.
- 7- Taylor SG, Renpenning KE, Geden EA, A theory of dependent care: a corollary theory to Orem's theory of self care. Nursing science quarterly. 2001; 14(1): 39.
- 8- Kemp C, Terminal illness: a guide to nursing care. 2nded, Philadelphia: Lippincott; 1999. p 5-6.
- 9- Meleis AI, Theoretical nursing development and progress. 3rded, Philadelphia: Lippincott; 2005. p 397.
- ۱۰- اگلتون پ و کالمرز ه. کاربرد عملی مدل‌های پرستاری، ترجمه: رسول تبری. تهران: بشری، ۱۳۸۲، صص ۸۳-۸۴.
- 11- Honson SMH, Family health care nursing, theory, practice and research. 2nded, Philadelphia: F.A.Davis publishers; 2001. p 52.
- 12- Potter PA, Perry AG, Fundamentals of nursing. 6thed, St. Louis: Mosby; 2005. p 1427-1431.
- 13- Harkreader H, Hogan MA, Fundamentals of nursing, caring and clinical judgment. 2nded, St. Louis: Saunders; 2004. p 806-807.
- 14- Pickard S, Glendinning C, Comparing and contrasting the role of family Carers and nurses in the domestic health care of frail older people. Health and social care in the community. 2002; 10 (3): 144.
- 15- Videbeck SL, Psychiatric mental health nursing , Philadelphia: lippincott; 2001. p 404.
- ۱۶- صلصالی م، طالقانی ف و بریم نژاد ل. فلسفه، دانش و نظریه های پرستاری، تهران: بشری، ۱۳۸۳، صص ۱۳۶-۱۴۰.
- 17- Proot IM, Abu-saad HH, Goldsteen M, Vulnerability of family caregivers in terminal palliative care at home, balancing between burden and capacity. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 2003; 17(2): 113.