

## دستور عدم احیا در جوامع مختلف و ضرورت وجود راهنمای اخلاقی کشوری

مریم پیمانی<sup>۱</sup>، فرزانه زاهدی<sup>۲\*</sup>، باقر لاریجانی<sup>۳</sup>

### مقاله‌ی مروری

#### چکیده

در اواخر دهه ۱۹۶۰ برخی از مقالات پزشکی به بیان زجر شدید بیماران بدحال مبتلا به بیماری‌های لاعلاج، به دلیل انجام مکرر فرایند احیای قلبی - ریوی (CPR) پرداختند. این موضوع حاکی از آن بود که با وجود اثربخشی فرایند احیا در نجات جان بیماران مبتلا به ایست قلبی - تنفسی، لیکن کاربرد معمول آن برای همه‌ی بیماران، مشکلاتی را به وجود آورده بود. مروری بر مطالعات نشان می‌دهد که طرز برخورد با بیمارانی که در روزها و ساعات پایانی عمر خود به سر می‌برند همواره برای کادر درمانی از جمله پزشکان و پرستاران، یک معضل محسوب شده و تصمیم‌گیری در مورد ادامه‌ی اقدامات درمانی در این بیماران، یکی از مهارت‌های اساسی مورد نیاز کادر سلامت است. چالش‌های علمی، اخلاقی، دینی و حقوقی متعددی در این حیطه وجود دارد که گاه تصمیم‌گیری را دشوار می‌سازند.

در این مطالعه، ضمن مرور کلی مطالعات منتشر شده در زمینه‌ی عدم احیا در جوامع مختلف در ۳۰ سال اخیر که طی آن‌ها دیدگاه‌های کادر درمانی بهداشتی اعم از پزشک و پرستار با یکدیگر مقایسه شده‌اند، سعی شده است با نگاهی جدید موضوع از دیدگاه اسلامی بررسی شود. همچنین، راهنماهای بالینی که در زمینه‌ی عدم احیا توسط کشورهای مختلف مانند آمریکا، انگلستان و عربستان سعودی تهیه شده است نیز مورد کنکاش قرار گرفتند. برای جست‌وجوی این مطالعات، منابع اطلاعات کتاب‌شناسی الکترونیکی و پایگاه‌های معتبر اینترنتی متعدد استفاده شد و نیز جست‌وجوی دستی از منابع ذکر شده در برخی مقالات حاصله صورت پذیرفت. نتایج مطالعه نشان می‌دهد علیرغم مطالعات متعددی که در نقاط مختلف دنیا در زمینه‌ی DNR صورت پذیرفته است، کماکان پزشکان و کادر پزشکی در این امر با چالش مواجهند. در کشور ما، حسب ارزش‌ها و اعتقادات دینی، این امر نیازمند تبیین دقیق‌تری است تا از سردرگمی تیم مراقبت در بالین بکاهد. ارزش‌ها و عقاید پزشک و بیمار، ما را از متابعت صرف از راهنماهای سایر کشورها بازمی‌دارد و ضرورت تدوین دستورالعملی مبتنی بر فرهنگ ایرانی - اسلامی را واضح می‌سازد. آموزش و افزایش آگاهی گروه‌های مختلف از جمله بیماران و عموم جامعه، شاغلان حرف پزشکی و مسؤولان و سیاست‌گذاران سلامت در تمام جوامع و به‌طور خاص در کشور ما امری ضروری است.

**واژگان کلیدی:** احیای قلبی - ریوی، بی‌فایده‌ی درمان، دستور عدم احیا، رضایت آگاهانه، اخلاق پزشکی، اسلام

<sup>۱</sup> کارشناس ارشد پرستاری، پژوهشکده‌ی علوم غدد و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی تهران

<sup>۲</sup> پزشک، پژوهشگر مرکز تحقیقات غدد درون‌ریز و متابولیسم، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

<sup>۳</sup> استاد، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، و مرکز تحقیقات غدد درون‌ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی تهران

\* نشانی: تهران، خیابان کارگر شمالی، خیابان جلال آل احمد، بیمارستان شریعتی، طبقه‌ی پنجم، تلفن: ۸۸۲۲۰۰۲۷-۲۸

## مقدمه

بیش از ۳۰ سال پیش، اولین سیاست‌های بیمارستانی در مورد دستور عدم احیا<sup>۱</sup> در متون پزشکی به چاپ رسید و از آن زمان تاکنون، بسط و توسعه در این دستورات به ایجاد تغییرات اساسی در مراقبت پزشکی منجر شده است (۱). فرآیند احیای قلبی - ریوی<sup>۲</sup> که از اوایل دهه‌ی ۱۹۶۰ توسعه پیدا کرد، در ابتدا به دلیل سادگی و اثربخشی آن در نجات جان بیماران مبتلا به ایست قلبی - تنفسی، به صورت معجزه‌ای به نظر می‌رسید، اما کاربرد روتین CPR برای همه‌ی بیمارانی که دچار ایست قلبی - تنفسی می‌شدند منجر به بروز مشکلاتی شد. در واقع، انجام CPR در بعضی از بیماران تنها منجر به حفظ ثبات فیزیولوژیکی به‌طور موقت و ادامه‌ی رنج بیمار و به تعویق انداختن فرآیند طبیعی مرگ می‌شد (۲).

در اواخر دهه‌ی ۱۹۶۰، مقالاتی در مطالعات پزشکی پدیدار شدند که به توصیف زجر شدید بیماران در مراحل انتهایی<sup>۳</sup> از انجام مکرر فرایند احیا که تنها مرگ را در آنها به تاخیر می‌انداخت پرداختند. در برخی موقعیت‌ها، پرسنل درمانی نیز اعتقاد به بی‌فایده بودن CPR داشتند لذا تمام تلاش خود را برای احیای بیمار نمی‌کردند (۳، ۴). گاه در مؤسسات و بیمارستان‌های مختلف، مفاهیم عجیب و غیر معمولی در خصوص «عدم احیا» به کار می‌گرفتند تا زبان مشترکی در بین خود برای برخورد با این بیماران ایجاد کنند. از جمله گذاشتن نقطه‌ی بنفش روی پرونده‌ی بیمار، استفاده از علائم مخصوص روی چارت بیمار یا گفت‌وگو بین پرسنل از شیفتی به شیفت دیگر (۵).

در اوایل دهه‌ی ۱۹۷۰، موارد عدم احیا به‌طور رسمی‌تری در پرونده‌ی پزشکی بیماران ثبت شد و بالاخره در

سال ۱۹۷۴ انجمن پزشکی آمریکا برای نخستین‌بار، ثبت رسمی DNR در پرونده‌ی پزشکی بیماران را مطرح کرد و در سال ۱۹۷۶، نخستین سیاست‌های بیمارستانی در خصوص عدم انجام احیا در مطالعات پزشکی منتشر شدند (۶).

مروری بر مطالعات نشان می‌دهند که طرز برخورد با بیمارانی که در روزها و ساعات پایانی عمر خود به‌سر می‌برند همواره برای کادر بهداشتی - درمانی از جمله پزشکان و پرستاران، یک معضل محسوب شده است (۷، ۸).

لذا تصمیم‌گیری در مورد ادامه‌ی اقدامات درمانی در بیماران انتهایی یک مهارت اساسی مورد نیاز کادر سلامت بوده که چالش‌های علمی، اخلاقی، دینی و حقوقی متعددی را به‌وجود آورده و گاه تصمیم‌گیری را دشوار می‌سازد (۹، ۱۰).

نحوه‌ی عملکرد کادر درمانی در موضوعات مربوط به مراحل پایانی زندگی بیمار، در کشورهای مختلف دنیا، با یکدیگر متفاوت است. مسائل گوناگونی از جمله ابعاد فرهنگی و مذهبی در به‌وجود آمدن این تفاوت نقش دارند.

هرچند برای تصمیم‌گیری در کشورهای اسلامی تاکنون مدل روشنی مبتنی بر مبانی شرعی و دیدگاه‌های فقهی طراحی نشده است، به‌نظر می‌رسد نگرش غالب این است که عدم پذیرش اقدامات درمانی حفظ حیات، تنها در صورتی

امکان‌پذیر است که بعد از مشاوره‌های مختلف پزشکی، جای هیچ‌گونه شکی درباره‌ی درمان‌ناپذیر بودن وضعیت بیمار وجود نداشته باشد. در این رابطه در کشورهای غربی تحقیقات زیادی انجام پذیرفته، لیکن مطالعات اندکی در خصوص کشورهای مسلمان صورت گرفته است که نشان

می‌دهد ثبت DNR در پرونده‌ی بیماران به‌نحو مطلوب انجام نشده و در اغلب موارد تصمیمات به‌نظر رییس بخش بستگی دارد و در بیش از نیمی از موارد نظرات و تصمیمات بیمار و خانواده‌ی او نادیده گرفته شده یا به‌درستی مکتوب نمی‌شوند

<sup>۱</sup> Do Not Resuscitation order (DNR)

<sup>۲</sup> CardioPulmonary Resuscitation (CPR)

<sup>۳</sup> End stage disease

در این مطالعه سعی شده است به مرور پژوهش‌هایی پرداخته شود که در زمینه‌ی بررسی نظرات پزشکان، پرستاران، بیماران و خانواده‌های آن‌ها نسبت به موضوع عدم احیا و نحوه‌ی اجرای آن و اهمیت تصمیمات پزشکی در مراحل انتهایی زندگی بیمار و همچنین بررسی ارتباط احتمالی بین اجرای DNR و میزان مرگ و میر بیماران در سراسر دنیا انجام شده است. همچنین، برخی مبانی اسلامی و دیدگاه‌های فقهی که بر این موضوع تأثیرگذارند مورد شرح قرار می‌گیرند. با توجه به اهمیت رعایت حقوق بیمار و اجرای نکات اخلاقی و انسانی، و به منظور تدوین و اجرایی نمودن راهنمای ملی DNR منطبق با اصول اخلاقی و استانداردهای علمی و فرهنگ بومی اسلامی - ایرانی، راهنماهای اخلاقی DNR در برخی کشورها مورد بررسی قرار گرفتند.

#### روش کار

اطلاعات مورد استفاده در این مطالعه‌ی مروری از طریق جست‌وجوی منابع علمی منتشرشده در ۳۰ سال اخیر (۲۰۱۰-۱۹۸۱) استخراج گردید. در این مرور ۴۰ مطالعه‌ی توصیفی - تحلیلی که به بررسی وضعیت DNR در جوامع مختلف پرداخته و دیدگاه‌های کادر درمانی - بهداشتی اعم از پزشک، پرستار را با یکدیگر مقایسه کرده‌اند، همچنین تعدادی از راهنماهای بالینی که در زمینه‌ی DNR توسط کشورهای مختلف مانند آمریکا، انگلستان، عربستان سعودی تهیه شده است، وارد مطالعه شدند. مبانی اسلامی مرتبط با تصمیم‌گیری‌های اخلاقی نیز مورد جست‌وجو قرار گرفتند. برای جست‌وجوی این مطالعات، منابع اطلاعات کتاب‌شناسی الکترونیکی و پایگاه‌های اینترنتی مانند Embase ، Medline ، Scopus ، Elsevier ، Black well Synergy ، Springer Cochrane Library ، و نیز پایگاه‌های SID و IranMedex استفاده شد. همچنین، جست‌وجوی دستی از منابع مقالات حاصله انجام شد، و نیز کتب استفتائات و سؤالات شرعی مراجع عظام شیعه جهت بررسی مسائل فقهی مورد مطالعه

در این‌جا برآنیم تا قبل از ورود به مباحث اصلی، با بیان دو مورد بالینی، دستور عدم احیا و چالش‌های اخلاقی مرتبط را ملموس‌تر نماییم.

مورد بالینی یک: نوزادی نارس با وزن بسیار پایین طی یک زایمان طبیعی به دنیا آمده است. پزشک مسؤول با توجه به شرایط نوزاد و امکانات در دسترس، تصمیم بر عدم احیا بیمار را در صورت ایست قلبی - تنفسی به مادر اطلاع می‌دهد. مادر از این تصمیم خشنود نیست. آیا بدون رضایت مادر کادر پزشکی مجاز به اجرای دستور DNR می‌باشند؟ چه کسی باید در این اختلاف نظر تصمیم‌گیری نهایی را انجام دهد؟ کمیته‌ی اخلاق؟ دادگاه؟ یا نهاد دیگری؟

مورد بالینی دو: آقای ۵۶ ساله دچار سرطان پیشرفته‌ی مری از شما به‌عنوان یکی از اعضای تیم مراقبت درخواست می‌کند تا در صورت ایست قلبی - تنفسی از احیا او خودداری کنید. او پدر دو دختر است که یکی ازدواج کرده و خارج از کشور به‌سر می‌برد. دختر دومی که در دبیرستان تحصیل می‌نماید دائماً از پزشک و تیم مراقبت درخواست می‌نماید که هرچه لازم است برای زنده‌ماندن پدرش انجام دهند. همسر بیمار اظهار می‌دارد که خود با خواست بیمار موافق است اما دختر بزرگش در راه ایران است لذا تقاضا دارد شوهرش برای آخرین وداع با دخترش زنده نگه‌داشته شود. اما بیمار مایل نیست دخترش او را در این لحظات دردناک ببیند. تیم مراقبت با توجه به شرایط به توافق می‌رسد که در صورت ایست قلبی - تنفسی <sup>۱</sup> slow code را اجرا نماید. آیا این تصمیم از نظر اخلاق پزشکی مورد قبول است؟ آیا این تصمیم باید به اطلاع بیمار و خانواده رسانده شود؟ آیا ثبت کتبی تصمیم بیمار و تیم مراقبت ضرورت دارد؟ در صورت مرگ بیمار و اطلاع خانواده از دستور slow code و شکایت آن‌ها، قانون از تیم مراقبت دفاع خواهد کرد؟

<sup>۱</sup> منظور اجرای CPR بصورت نمایی و با سرعتی کم‌تر از نیاز اورژانس می‌باشد.

قرار گرفت.

### اهمیت موضوع

در ابتدا لازم است فراوانی و عوامل مؤثر بر تجویز دستور عدم احیا، و نیز تأثیر آن بر مرگ و میر بیماران را مورد بررسی قرار دهیم. موارد ذیل می‌تواند تا حد زیادی مؤید این موضوع باشد که برای دستور DNR چارچوب یکسانی در همه‌ی موارد وجود ندارد. لذا، در فرهنگ اسلامی که حیات بیمار ارزش ویژه‌ای داشته و ثانیه‌های آن محترم شمرده می‌شوند، تدوین دستورالعملی که شیوه‌ی رسیدن به تصمیم عدم احیا را به‌طور شفاف بیان نموده و از دخالت عوامل شخصی و غیرعلمی و غیرحرفه‌ای بکاهد ضرورت دارد. تبیین مواردی که CPR از نظر پزشکی بی‌فایده است، تعریف درست و علمی از مواردی که DNR می‌تواند از نظر شرعی جایز باشد، و نحوه‌ی حصول شرایط اخلاقی و قانونی لازم برای اجرای این دستور، همه نیازمند بررسی همه‌جانبه‌ی موضوع از منظر طب، فقه، قانون، اخلاق و فرهنگ اجتماعی در کشور ما هستند.

### فراوانی موارد انجام DNR

تحقیقات تجربی اخیر نشان می‌دهند که هیچ توافق کلی درباره‌ی این‌که DNR در مورد چه بیمارانی نباید به‌کار برده شود وجود ندارد. چندین مطالعه‌ی مقطعی نشان داده‌اند که DNR بر روی ۱۸ تا ۲۸ درصد از بیماران بستری در بیمارستان‌ها انجام می‌شود (۱، ۱۴، ۱۵). مطالعه‌ای در آمریکا در بخش مراقبت ویژه نشان داد که از ۳۶۸ بیمار بستری طی مدت ۱۰ ماه که درباره‌ی وضعیت آن‌ها از پزشکان و پرستاران نظرسنجی شد، ۸۴ بیمار (۲۳ درصد) برای انجام DNR مناسب تشخیص داده شدند (۱۶).

بر اساس نتایج مطالعات، میزان انجام DNR با مواردی از قبیل شدت بیماری در هنگام پذیرش و خصوصیات منحصر به فرد هر بیمار ارتباط داشته و هم‌اینکه مسائل اخلاقی، اجتماعی، آموزشی و حرفه‌ای در تصمیم‌گیری‌های پزشکی در مراحل پایانی زندگی نقش دارند (۱۷، ۱۵). از

طرف دیگر، در بیماران با بیماری‌های مختلف اما پیش‌آگهی‌های مشابه، میزان موارد DNR متفاوت است. در مطالعه‌ی Wachter نشان داد که احتمال DNR در بیماران مبتلا به ایدز یا سرطان، در مقایسه با بیماران مبتلا به سیروز کبدی یا نارسایی قلبی بیش‌تر است (مستقل از میزان مرگ‌ومیر مورد انتظار) (۱۸). هم‌چنین، Goodlin و همکارانش در مطالعه‌ی خود بر روی ۲۵۰۰ بیمار بستری با بیماری شدید و سن ۸۰ سال و بالاتر که ایست قلبی - ریوی را تجربه کرده بودند دریافتند که تخمین پزشک از میزان بقاء و خواسته‌ی بیمار تأثیر بسزایی بر انجام CPR داشت (۱۹). هم‌چنین، عواملی مانند سن، نژاد و محل جغرافیایی (به جهت مسائل فرهنگی در عملکرد پزشکان آن منطقه) نیز از عوامل تأثیرگذار هستند (۲۱، ۲۰).

### نقش DNR در میزان مرگ و میر

شاید این دغدغه در ذهن بسیاری باشد که تسهیل نمودن امر عدم احیا در بیمار ممکن است به کاهش تلاش کادر بهداشتی - درمانی و تسریع مرگ بیمار منجر گردد. این موضوع مورد مطالعه قرار گرفته است. در تحقیقی در آمریکا در سال ۲۰۰۵ به بررسی تفاوت‌های موجود در بیمارستان‌های مختلف در انجام DNR و اثر این تفاوت‌ها بر میزان موارد مرگ و میر بیماران پرداختند. این مطالعه‌ی گذشته‌نگر در ۹۴ بیمارستان آموزشی و ۵۵ بیمارستان غیرآموزشی روی بیش از ۱۸۴ هزار بیمار بالای ۱۸ سال که به بیماری‌هایی نظیر حمله‌ی ایسکمیک قلبی، سکته هموراژیک، پنومونی، MI حاد، CHF و عفونت منتشر خونی مبتلا بودند انجام شد. نتایج مطالعه نشان داد که میزان اجرای DNR (۳۷-۱ درصد) و میزان مرگ و میر ناشی از آن (۶۰ - ۸ درصد) در بیمارستان‌های مختلف از گستردگی وسیعی برخوردار است. هم‌چنین، ارتباط منفی معناداری بین میزان اجرای DNR و میزان مرگ‌ومیر وجود داشت (۲۲). به‌نظر می‌رسد وجود راهنماها و دستورالعمل‌های مشخص، موارد انجام DNR را قانونمند و محدود می‌سازد. از طرف دیگر، به دلیل هزینه‌ی بالای بستری بیمار در

که DNR ناقص موجب بروز مشکلات عدیده‌ای از جمله سوء برداشت از مفهوم DNR و هدف از کاربرد آن می‌شود (۲۵). در سال‌های اخیر، بحث‌هایی در مورد جایگزینی عبارت «احیا نکنید» (DNR) با عباراتی چون «تلاشی برای احیا انجام ندهید»<sup>۳</sup> یا «اجازه‌ی مرگ طبیعی بدهید»<sup>۴</sup> صورت گرفته است (۲۶) که بیش‌تر در جهت زدودن معنای منفی از این دستور و پذیرش اخلاق آن است.

#### دیدگاه کادر بهداشتی - درمانی نسبت به DNR

پزشکان، پرستاران و سایر افراد تیم مراقبت از بیمار نقش مهمی در نحوه‌ی رویکرد به موضوع دارند. سیاست‌های نوشته و نانوشته‌ی اخلاقی در جوامع مختلف متأثر از زمینه‌های فرهنگی - اجتماعی غالب و نحوه‌ی برخورد کادر بهداشتی - درمانی با موضوع می‌باشد. در این خصوص، مطالعاتی در کشورهای مختلف به انجام رسیده است که مهم‌ترین آن‌ها در جدول شماره‌ی ۱ آورده شده‌اند.

هرچند دسته‌بندی کامل مطالعات و تحلیل دقیق محتوا، با توجه به تنوع اهداف و پراکندگی نتایج ممکن نیست، در ادامه سعی شده است تا نتایج تا حدی مورد مقایسه قرار گیرند.

در مطالعه‌ی بزرگی که در زمینه‌ی بررسی سیاست‌های اخلاقی تصمیمات پزشکی در مرحله پایانی زندگی<sup>۵</sup>، انجام شده است، Lemienre و همکاران، ۱۹ مطالعه (در محدوده‌ی سال‌های ۱۹۸۱ تا ۲۰۰۶ میلادی) را مورد تحلیل قرار دادند. نتایج این مطالعه نشانگر توجه ناکافی به ملاحظات خاص اخلاقی در سیاست‌های مربوط به DNR و پرداختن به جنبه‌های فنی و کاربردی تصمیمات پزشکی مرتبط به این مرحله از زندگی (از جمله ثبت تصمیم اخذ شده، معیارهای DNR و فرد مسؤول در تصمیم‌گیری) می‌باشد. به علاوه، به نظر می‌رسد این سیاست‌ها چندان به چگونگی حمایت از بیمار و خانواده‌ی او نپرداخته‌اند. از طرف دیگر، تعداد مطالعات تجربی انجام‌شده در زمینه‌ی بررسی اجرای اصول

بخش مراقبت‌های ویژه، مطالعاتی در بیمارستان‌های دانشگاهی آمریکا جهت بررسی تأثیر داشتن DNR در پرونده‌ی بیمار در زمان بستری در بخش ICU و ارتباط آن با میزان پذیرش یا عدم پذیرش بیمار از طرف بخش ICU انجام شده است. نتیجه نشان داده است که وجود دستور عدم احیا در پرونده‌ی بیمار بر تصمیم عدم پذیرش او در ICU تأثیر مثبت داشته است. بر اساس نتایج این مطالعه، پذیرش در بخش ICU باعث افزایش طول مدت بستری شده در حالی که در میزان مرگ و میر تفاوتی ایجاد نکرده است (۲۳).

اما مطالعه‌ی دیگری که توسط Chen در بوستون آمریکا به انجام رسیده، نشانگر این است که در بیماران مبتلا به نارسایی‌های پیشرفته‌ی قلبی، وجود DNR در پرونده بیمار باعث گردیده است که ارزیابی عملکرد قلب و نیز مداخلات غیردارویی با فراوانی کم‌تری انجام گیرد و معیارهای تضمین کیفیت نیز در آنان کم‌تر باشد. نتایج این مطالعات نشان می‌دهند که در مورد هدف از کاربرد DNR و نحوه‌ی اجرای آن هنوز جای بحث وجود دارد (۲۴).

احترام به خودمختاری بیمار<sup>۱</sup> در هنگام تصمیم‌گیری در مراحل پایانی زندگی و تنظیم برنامه‌ی درمانی منطبق بر خواسته‌های بیمار همواره مورد بحث بوده و به نظر بعضی از پزشکان این اقدام می‌تواند خطرات بالقوه برای جان بیمار داشته باشد. از آنجایی که درمان‌های پزشکی اغلب برای رسیدن به نتیجه‌ی مطلوب به یکدیگر وابسته هستند لذا اگر تصمیم بیمار و همراهان او با این زنجیره‌ی به هم پیوسته‌ی درمانی تداخل پیدا کند ممکن است قسمت‌های مهمی از مراقبت حفظ حیات<sup>۲</sup> حذف شده و در این راستا خطراتی متوجه بیمار شود. DNR ناقص و سوگیرانه از طرف بیمار و خانواده‌ی او نیز از جمله‌ی این اقدامات تهدیدآمیز محسوب می‌شود. لذا، نهادهای پزشکی و اخلاقی راهنمایی را فراهم آورده‌اند که به کاربرد DNR به‌طور کامل توصیه می‌کنند، چرا

<sup>3</sup> Do not attempt resuscitation (DNAR)

<sup>4</sup> Allow Natural Death (AND)

<sup>5</sup> Ethics policies on medical end-of-life decisions

<sup>1</sup> Patient autonomy

<sup>2</sup> Life-saving care

نوع تخصص پزشکی، طول مدت آموزش و سابقه‌ی طبابت، همه در این تصمیم تأثیرگذارند. آگاهی از این تفاوت‌ها و تبیین دلایل آن‌ها، می‌تواند در تدوین مداخلات آموزشی مؤثر بوده و به هماهنگی و همکاری مؤثر بین کادر پزشکی و ارتباط با بیمار منجر شود (۲۸).

اخلاقی نیز کافی نبوده و به‌طور عمده در راستای حمایت از پزشکان و پرستاران در اجرای DNR، راهنماهای عملیاتی و فنی ارائه شده است (۲۷). عوامل مؤثر بر تصمیم DNR در کادر پزشکی در مطالعات متعدد بررسی شده است. سطح آموزشی بالاتر، میزان مشارکت فرد در مراقبت روزانه‌ی بیمار،

جدول ۱- برخی مطالعات انجام شده در مورد رویکرد کادر بهداشتی - درمانی با موضوع دستور عدم احیای بیمار

نویسنده (شماره منبع)، کشور، سال	هدف اصلی مطالعه	برخی یافته‌های مطالعه
Eliasson و همکاران (۱۶)، آمریکا، ۱۹۹۷	مقایسه‌ی نظرات پزشکان و پرستاران در خصوص DNR	- توصیه به DNR در هر دو گروه بعد از گذشت یک پرپود زمانی معین - تمایل بیش‌تر پزشکان به DNR نسبت به پرستاران
Lemiengre و همکاران (۲۷)، بررسی ۱۹ مطالعه از کشورهای آمریکا، کانادا، هلند و بلژیک، ۲۰۰۷	بررسی سیاست‌های اخلاقی تصمیمات پزشکی در مرحله‌ی پایانی زندگی	- عدم توجه کافی به اصول اخلاقی در تنظیم سیاست‌های DNR - عدم توجه به نقش بیمار و خانواده در زمان تصمیم‌گیری - ناکافی بودن مطالعات تجربی انجام شده در این زمینه
Kelly و همکاران (۲۸)، آمریکا، ۲۰۰۲	نظرات پزشکان در مورد تصمیم به DNR بر اساس نوع تخصص و تجربیات آن‌ها	- ارتباط معنادار بین انجام DNR با نوع تخصص پزشک - ارتباط معنادار بین انجام DNR با طول مدت آموزش - ارتباط معنادار بین انجام DNR با سابقه‌ی طبابت
Granja و همکاران (۲۹)، پرتغال، ۲۰۰۱	نگرش گروه‌های مختلف کادر بهداشتی - درمانی نسبت به DNR و تصمیم‌گیری برای آن	- ارتباط معنادار بین موارد DNR و سطح تحصیلات کادر درمان - ارتباط معنادار بین موارد DNR و میزان مشارکت کادر درمانی در مراقبت روزانه‌ی بیمار - عدم توجه به نقش خانواده در زمان تصمیم‌گیری - اعتقاد پزشکان به لزوم درج مشخص DNR در چارت بالینی
Myint و همکاران (۳۰)، انگلستان، ۲۰۰۶	دیدگاه‌های پزشکان متخصص در طب سالمندی نسبت به DNR	- ناکارآمد بودن راهنماهای موجود در تصمیم برای DNR - ترس پزشکان از شکایت خانواده‌ی بیمار - تمایل پزشکان به مذاکره با همراه بیمار به‌جای خود بیمار - عدم آموزش و حمایت کافی از پزشکان در DNR
Sham و همکاران (۳۱)، هنگ کنگ، ۲۰۰۷	مقایسه‌ی نگرش دانشجویان پزشکی و غیر پزشکی به DNR	- عدم آگاهی کافی هر دو گروه دانشجویان از DNR و قوانین آن - تفاوت معنادار نگرش دانشجویان پزشکی قبل و بعد از ورود به بالین نسبت به تصمیم به انجام DNR - ارتباط داشتن آگاهی و سابقه‌ی تجربه‌ی قبلی بر تصمیم به انجام DNR - اعتقاد دانشجویان به توجه به خواسته بیمار در زمان تصمیم‌گیری
Soudry و همکاران (۳۲)، آمریکا، ۲۰۰۳	مقایسه‌ی نگرش پزشکان نسبت به اقدامات و تصمیمات درمانی در مراحل پایانی زندگی بیمار	- باور پزشکان به مؤثرتر بودن کاهش تدریجی اقدامات درمانی به‌جای ترک کامل آن‌ها - عوامل مؤثر در کاهش تدریجی اقدامات: احتمال خیلی کم بقا علیرغم بستری بودن طولانی‌مدت، اختلال حاد غیرقابل برگشت،

وجود اختلالات مزمن پیشین - توجه بیش‌تر پزشکان آمریکایی به مشورت با خانواده‌ی بیمار		
- توجه بیش‌تر پرستاران در مقایسه با پزشکان نسبت به وصیت بیمار - اعتقاد پرستاران به جلب رضایت پزشک در مورد توجه به خواسته‌ی بیمار - نظر پرستاران به DNR به‌عنوان بخشی از درمان حمایتی و علامتی بیمار - اعتقاد پرستاران به توجه ناکافی پزشکان به نظرات آن‌ها در تصمیم به DNR	مقایسه‌ی دیدگاه پرستاران و پزشکان در مباحث مربوط به مراحل انتهایی زندگی	Hilden و همکاران (۳۳)، فنلاند، ۲۰۰۴
- مخالفت پزشکان به طرح DNR برای بیمار و خانواده از طرف پرستار - شکایت پرستاران از عدم توجه کافی به نظرات آن‌ها - نگرش مثبت پرستاران نسبت به توانایی‌های خود در طرح این موضوع برای بیمار و خانواده	نگرش پزشکان و پرستاران به DNR و فرد مناسب برای صحبت با بیمار	Sulmasy و همکاران (۳۴)، آمریکا، ۲۰۰۸
- عدم آگاهی پزشکان از قوانین پزشکی در زمینه‌ی DNR - اعتقاد پزشکان به درج فرم رضایت‌نامه‌ی امضا شده توسط بیمار یا خانواده در پرونده	نگرش پزشکان نسبت به DNR	Chao و همکاران (۳۶)، تایوان، ۲۰۰۲
- عدم توجه کافی پزشکان به صحبت با بیمار در زمان تصمیم به DNR - مشورت بیش‌تر پزشکان با همکاران خود به‌جای بیمار و خانواده	بررسی اجرای DNR در بخش‌های ویژه	Iyilikçi و همکاران (۳۷)، ترکیه، ۲۰۰۴
- افزایش موارد DNR با اجرای گایدلاین‌های جدید DNR در بیماران ایست قلبی - اکتفای بیش‌تر کادر درمان تنها به رضایت شفاهی بیمار و خانواده	تأثیر اجرای راهنماهای جدید DNR در اورژانس	Feder و همکاران (۳۹)، آمریکا، ۲۰۰۶
- پایین بودن درک پزشکان تازه فارغ التحصیل از DNR - دانش ناکافی پزشکان از اصول اخلاقی DNR و حتی تعریف صحیح آن	رابطه‌ی آگاهی پزشکان از DNR و میزان توجه به حقوق بیمار	Perron و همکاران (۴۰)، سوییس، ۲۰۰۲
- اهمیت تعیین اصولی موارد تجویز عدم احیا در بیماران ایست قلبی در پیشگیری از موارد احیای غیر لازم - همه‌ی بیماران شامل موارد مجاز عدم احیا، بعد از انجام احیا زنده نماندند.	بررسی فراوانی موارد احیای غیر لازم	فرهانچی و همکاران (۴۲)، ایران، ۱۳۸۵

تخصص و تجربیات آن‌ها پرداختند. در پرسشنامه‌ی تهیه‌شده، پزشکان باید با توجه به شرح حال مختصر ۲۰ بیمار، در مورد انجام یا عدم انجام DNR در هر بیمار، نظر خود را بیان می‌کردند. بر اساس نتایج این مطالعه، متخصصان مراقبت ویژه‌ی ریوی<sup>۱</sup> بیش‌تر از سایر گروه‌ها DNR را توصیه کردند (۲۸). در انگلستان نیز Myint و همکارانش در مطالعه‌ی خود به بررسی تجربیات و دیدگاه‌های پزشکان متخصص در طب سالمندی<sup>۲</sup> نسبت به انجام DNR پرداخته‌اند. نتایج مطالعه

بررسی نگرش گروه‌های مختلف کادر بهداشتی - درمانی (شامل پزشک، پرستار، تکنسین، بهیار) نسبت به DNR و موارد تصمیم‌گیری برای انجام آن توسط Granja و همکاران نشان داد که پزشکان و پرستارانی که سطح آموزشی بالاتری از گروه‌های دیگر داشتند در موقعیت‌های بیش‌تری لزوم انجام DNR را ذکر کردند. هم‌چنین، نگرش گروه‌های مختلف بالینی نسبت به DNR علاوه بر سطح آموزش افراد به میزان مشارکت آن‌ها در مراقبت روزانه بیمار بستگی داشت (۲۹). طی مطالعه‌ای در آمریکا، Kelly و همکاران به بررسی نظرات پزشکان در مورد تصمیم به انجام DNR بر اساس نوع

<sup>1</sup> Pulmonary and Critical-Care Medicine (PCCM)

<sup>2</sup> Geriatric medicine

با پزشکان، نگرش مثبت بیشتری نسبت به وصایای بیمار<sup>۱</sup> داشتند و پرستاران اجرای DNR را اغلب به‌عنوان بخشی از درمان علامتی و حمایتی بیمار در مرحله پایانی زندگی در نظر می‌گرفتند. اما تنها نیمی از پرستاران اعتقاد داشتند که در تصمیمات DNR به‌طور کلی اثرگذار هستند (۳۳).

در آمریکا، Sulmasy و همکاران (۳۴،۳۵) چنین نتیجه گرفته‌اند که در فرایند DNR باید به نقش پرستار توجه بیشتری مبذول شود و نیاز به آموزش‌های لازم به پزشکان در این زمینه وجود دارد. بر اساس نتایج یک مطالعه، پزشکان معتقد بودند که پرستاران نباید آغازگر بحث درباره‌ی DNR باشند؛ در حالی که پرستاران بر این باور بودند که باید به آن‌ها اجازه‌ی شروع بحث DNR داده شود. پرستاران هم‌چنین نگرش مثبت‌تر و اطمینان بیشتری به توانایی خود در زمینه‌ی صحبت درباره‌ی DNR با بیمار و خانواده‌ی او داشتند (۳۴). اما بر اساس نتایج مطالعه‌ی دیگری توسط همین نویسنده، که در متخصصان داخلی و رزیدنت‌های دو بیمارستان آموزشی در ایالت نیویورک انجام شده است، پزشکان برای درمیان گذاشتن موضوع DNR با بیماران در مقایسه با طرح موضوع رضایت در مداخلات پزشکی، احساس اطمینان و اعتماد کم‌تری به خود داشتند (۳۵).

میزان دخالت بیمار و خانواده‌ی بیمار در تصمیم برای DNR نیز مورد بحث قرار دارد. در یک بررسی در متخصصان طب سالمندان در انگلستان، بیش از یک‌سوم آن‌ها معتقد بودند که راهنماهای موجود چندان کمک‌کننده نبوده و یک‌پنجم نیز از احتمال شکایت خانواده‌ی بیمار از تصمیم مورد نظر آن‌ها، ابراز نگرانی کردند. اکثر آن‌ها از این‌که بخواهند درباره‌ی این موضوع با بیمار صحبت کنند ابراز ناخشنودی کرده و بیشتر تمایل داشتند با همراه بیمار مذاکره کنند. این مطالعه نشان می‌دهد که پزشکان نیاز به آموزش و حمایت بیشتری دارند تا نسبت به تصمیم‌گیری درباره‌ی DNR تجربیات مثبتی برای آن‌ها به‌وجود آمده و اطمینان

نشان داد که تصمیم‌گیری درباره‌ی DNR نقش عمده‌ای در عملکرد بالینی روزانه‌ی این متخصصان بازی می‌کند (۳۰).

چنانچه مطالعه‌ی Sham و همکارانش در هنگ‌کنگ نشان داد داشتن آگاهی قبلی درباره‌ی DNR به‌طور معناداری بر تصمیم به انجام آن اثرگذار است. نتایج این بررسی مقایسه‌ای نگرش دانشجویان پزشکی و غیر پزشکی نسبت به DNR و عوامل مؤثر بر آن‌ها، نشان داد که اختلاف آماری معناداری در تصمیم به انجام DNR بین دانشجویان پزشکی قبل از ورود به بالین و بعد از آن، و دانشجویانی که تجربه در مورد مرگ بیماران خود داشته‌اند با کسانی که چنین تجربه‌ای نداشتند، وجود دارد (۳۱).

بر اساس نتایج مطالعه‌ی Soudry و همکاران، ۴۹ درصد از پزشکان شرکت‌کننده بیان کردند که به تعویق انداختن و کاهش تدریجی اقدامات درمانی در این‌گونه بیماران، قابل قبول‌تر از ترک اقدامات درمانی است. عوامل مهم برای تصمیم به کاهش تدریجی اقدامات درمانی شامل احتمال خیلی کم بقا با وجود بستری بودن طولانی مدت، اختلال حاد غیر قابل برگشت و وجود اختلالات مزمن پیشین بود (۳۲).

تفاوت جایگاه و دیدگاه پزشکان و پرستاران نیز در مطالعاتی مورد توجه محققان قرار گرفته است. به‌نظر می‌رسد بین گروه‌های مختلف، در مورد مسئولیت پزشک و مشارکت پرستار در تصمیم برای DNR اختلاف معنادار وجود دارد (۲۹). در یک نظرسنجی، Eliasson و همکارانش در طی ۱۰ ماه نظرات پزشکان و پرستاران بخش مراقبت ویژه را به‌صورت مستقل از یکدیگر به‌طور روزانه در یک بیمارستان دانشگاهی آمریکا جمع‌آوری کردند. متوسط زمانی برای تصمیم به انجام DNR در پزشکان و پرستاران اختلاف معنی‌داری نداشت، به این معنا که پزشکان و پرستاران هر دو بعد از گذشت یک مدت زمانی معین (به‌طور متوسط یک روز) تصمیم به انجام DNR می‌گرفتند؛ اما پزشکان بیش‌تر از پرستاران به انجام DNR توصیه می‌کردند (۱۶).

در مطالعه‌ی Hilden و همکاران، اکثر پرستاران در مقایسه

<sup>۱</sup> Living wills



موارد با خود بیمار صحبت کرده بودند. البته ۵۸ درصد این پزشکان معتقد بودند که بیمار، بستگان، کمیته‌ی اخلاق و مدیران اجرایی بخش‌های بیمارستان به‌طور مشترک باید در این تصمیم‌گیری دخالت داده شوند. در عین حال، ۱۰ درصد تنها پزشک را مسؤول اخذ تصمیم در این موضوع دانسته و بیش از ۳۱ درصد نیز عقیده داشتند بیمار، خانواده‌ی او و پزشک به‌طور مشترک این وظیفه را به‌عهده دارند (۳۷). اما در عربستان سعودی، در یک مطالعه از ۲۴۹ پزشک شاغل در ۶ بیمارستان، ۷۵ درصد آنان ترجیح می‌دادند با بستگان بیمار صحبت کنند (۳۸).

به‌نظر می‌رسد اتکا به درخواست بیمار یا خانواده‌ی او، چنان‌چه مطالعه‌ی Feder و همکاران نشان می‌دهد، می‌تواند باعث افزایش قابل توجه میزان DNR گردد. در این بررسی مشاهده‌ای در ۱۶ مرکز اورژانس، اجرای DNR در ۲۷۷۰ بیمار بدحالی که خارج از بیمارستان توسط پرسنل اورژانس تحت کنترل قرار گرفتند، مطالعه شده است. راهنمای جدید اجازه می‌داد که اگر بیمار مبتلا به ایست قلبی در وضع ناامید کننده‌ای به‌سر می‌برد یا اگر بیمار و خانواده‌ی او به‌صورت کتبی یا شفاهی با عدم انجام احیا موافقت نمودند، دیگر عمل احیا انجام نگردد. در این مطالعه موارد انجام DNR در گروه اجراکننده راهنمای جدید با گروه کنترل (که از این راهنما تبعیت نمی‌کردند) مقایسه شد. نتایج مطالعه نشان داد که در مراکز که راهنما را اجرا می‌کردند، ۱۱/۸ درصد و در گروه کنترل ۵/۳ درصد DNR انجام شد که در گروه مداخله در ۵۳ درصد موارد تنها با اکتفا به گفته‌ی شفاهی فرد یا خانواده‌ی او بود که این رقم در گروه کنترل ۸ درصد به‌دست آمد (۳۹).

نقص در دانش و آگاهی کادر پزشکی و پیراپزشکی در مطالعات مورد تأکید قرار گرفته است. مطالعه‌ی Perron و همکاران به ارزیابی تأثیر مداخله‌ی آموزشی بر درک پزشکان و استفاده‌ی آنان از DNR و همچنین بررسی اثر آن بر توجه به حقوق بیمار پرداخته است. نتایج مطالعه نشان داد که هرچند پزشکان تازه فارغ‌التحصیل درک ناکاملی از DNR

آن‌ها جلب شود (۳۰). اما در مطالعه‌ی Granja و همکاران، پزشکان و پرستاران نسبت به سایر گروه‌ها، بیش‌تر معتقد بودند که نیاز چندانی به دخالت خانواده‌ی بیمار در تصمیم برای DNR وجود ندارد. همه‌ی گروه‌ها بر این اعتقاد بودند که باید تصمیم به انجام DNR به‌طور مشخص در چارت‌های بالینی بیمار ذکر شود (۲۹). در مطالعه‌ی Chao در تایوان نیز، که طی آن نگرش پزشکان نسبت به DNR در بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته بررسی شد، حدود ۷۸ درصد آنان عقیده داشتند که بیمار مبتلا به سرطان پیشرفته یا اعضای خانواده‌ی او باید فرم رضایت نامه جهت دستور DNR احتمالی را امضا کنند اما بیش از نیمی از پزشکان، اصلاً نمی‌دانستند که آیا قوانین پزشکی در تایوان اجازه‌ی انجام این کار را به آن‌ها می‌دهد یا خیر (۳۶). ابزار تحقیق در این مطالعه، پرسشنامه‌ی ساختارمند شامل معرفی یک بیمار فرضی و طرح شش سؤال درباره‌ی آن بود. در مطالعه‌ی Sham و همکاران، اگرچه ۶۶/۴ درصد از دانشجویان غیرپزشکی و ۱۸۸/۷ درصد از دانشجویان پزشکی هرگز درباره‌ی DNR مطلبی نشنیده بودند. ۷۴ درصد از شرکت‌کننده‌ها (دانشجویان پزشکی و غیرپزشکی)، خواسته‌ی بیمار را مهم‌ترین عامل در زمان تصمیم به DNR ذکر کردند که پرسنل درمانی باید به آن توجه کنند (۳۱). در مقایسه‌ی دو گروه از پزشکان در مطالعه‌ی دیگری، پزشکان آمریکایی (۹۴ درصد) و اسرائیلی (۹۳ درصد)، DNR را در بخش‌های مراقبت ویژه‌ی خود انجام می‌دادند، لیکن پزشکان آمریکایی (۹۵ درصد) خیلی بیش‌تر از پزشکان اسرائیلی (۲۸ درصد) در این موارد با خانواده‌ی بیمار مشورت و تبادل نظر می‌کردند (۳۲). مطالعه‌ی Iyilikçi و همکاران (۳۷) در ترکیه نشان داد که از بین ۳۶۹ عضو انجمن بیهوشی و احیا که نزدیک به ۶۶ درصد آنان DNR را در مورد بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه تجویز کرده بودند، در بیش از ۸۲ درصد موارد قبل از تصمیم‌گیری با همکاران خود، در بیش از ۱۴ درصد با بستگان بیمار، در ۱/۷ درصد با کمیته‌ی اخلاق، و فقط در ۱/۲ درصد

داشتند، آموزش اصول اخلاقی و ارائه‌ی تعریف صحیح و روشن از موارد انجام DNR، درک و بینش پزشکان را نسبت به این موضوع بهبود بخشیده و اجرای آن را مناسب‌تر نمود؛ ضمن این‌که توجه به رعایت حقوق بیمار نیز افزایش یافت (۴۰). شواهد هم‌چنین حاکی از نواقص راهنماها و دستورالعمل‌های موجود است. مطالعه‌ای در زمینه‌ی بررسی سیاست‌های DNR در بخش‌های مراقبت از سالمندان در بلژیک و مقایسه‌ی آن با وضعیت بین‌المللی انجام شده است. بر اساس نتایج، توسعه‌ی دستورالعمل‌های DNR از سال ۱۹۸۵ شروع و در سال‌های ۱۹۹۷ و بعد از آن همچنان روبه گسترش بوده است. بیش از ۸۶ درصد از بخش‌ها، راهنما و دستورالعمل DNR داشتند اما استاندارد نبودند. سیاست‌های DNR در محتوا و هدف با یکدیگر تفاوت داشتند، به‌عنوان مثال میزان مشارکت بیمار و خانواده‌ی وی در فرایند تصمیم‌گیری DNR در جایی ثبت نمی‌شد (۴۱).

در کشور ما، راهنمای اخلاقی و بالینی مصوبی در مورد DNR وجود ندارد و تصمیم‌گیری برای عدم احیا بیمار به‌طور عمدی توسط پزشک معالج صورت گرفته و در بسیاری از موارد به‌صورت شفاهی ابلاغ شده و بدون اطلاع بیمار یا خانواده‌ی او انجام می‌گیرد. مطالعات اندکی درباره‌ی DNR در ایران انجام شده است. از آن جمله می‌توان به مطالعه‌ی فرهانچی و همکارانش تحت عنوان بررسی فراوانی موارد احیای غیر لازم (DNR) در سطح بیمارستان‌های آموزشی شهر همدان در طول یک‌سال اشاره کرد. در این مطالعه توصیفی - مقطعی، پرونده تمام موارد احیا در سال ۱۳۸۳ در بیمارستان‌های آموزشی شهر همدان بررسی شد. نتایج مطالعه بر روی ۹۰۹ بیمار نشان داد که بیش‌ترین میزان CPR در بخش اورژانس و پس از آن در بخش‌های CCU، قلب و نورولوژی بوده و کم‌ترین میزان آن در بخش‌های پوست و هماتولوژی بود. میزان موارد احیای غیر لازم ۳۴/۳ درصد و میزان موفقیت CPRهای انجام شده ۱۰/۵ درصد گزارش شد. بیش‌ترین موارد احیای غیر لازم در بیماران با سکنه‌ی مغزی

<sup>1</sup> Components of resuscitation

<sup>2</sup> Partial do-not-resuscitate orders

<sup>3</sup> Informed patient's goals of care

راهنمای آکادمی پزشکان خانواده آمریکا<sup>۶</sup> نیز مواردی مانند اهمیت بررسی دقیق وضعیت بیمار و اهداف درمانی توسط پزشک قبل از DNR، توضیح شفاف وضعیت برای بیمار (یا ولی او) و ثبت تصمیم اخذ شده در پرونده‌ی بیمار را مطرح می‌کند (۴۷).

در اروپا نیز راهنمای انجمن پزشکی بریتانیا و کالج سلطنتی پرستاری انگلستان<sup>۷</sup> در خصوص DNR اصولی را ارائه کرده‌اند که شامل لزوم اطمینان از قطعیت بی‌فایده بودن احیا بیمار، رعایت حق بیمار در مشاوره با او یا ولی قانونی و لزوم موافقت او با دستور عدم احیا، استفاده از سیاست‌های شفاف که همگان بتوانند از آن مطلع گردند و ضرورت نظارت و کسب اعتماد نظام ملی سلامت<sup>۸</sup> است (۴۸، ۴۹).

همان‌طور که پیش‌تر ذکر شد در کشورهای آسیایی مطالعات اندکی در زمینه‌ی DNR صورت گرفته است و حتی هنوز در بعضی از کشورها با وجود این‌که در مراحل پایانی زندگی DNR انجام می‌شود، اجازه‌ی آن به‌طور قانونی داده نمی‌شود. علاوه بر این، راهنماهای چندانی نیز در این خصوص در این کشورها و به‌خصوص کشورهای مسلمان وجود ندارد. بیمارستان تخصصی شاه فیصل<sup>۹</sup> در ریاض عربستان سعودی از اولین مراکزی است که برای خودداری از احیای بیماران در حال مرگ پرتکلی تدوین کرده است (۵۰). هم‌چنین، راهنمای بیمارستان دانشگاه شاه خالد عربستان سعودی از جمله معدود راهنماهای موجود است که برخی از اصول آن، اطمینان از بی‌فایده بودن اقدام احیا و کیفیت پایین زندگی بیمار، ضرورت موافقت سه پزشک با دستور عدم احیا، در جریان گذاردن بیمار توسط پزشک معالج، اخذ رضایت از اعضای خانواده‌ی بیمار و استفاده از فرم مخصوص DNR برای ثبت دستور عدم احیاست (۵۱).

ثبت کامل گفت‌وگو و مذاکرات درباره‌ی DNR با بیمار، خانواده و سایر اعضای تیم درمانی و هم‌چنین داشتن دستورالعمل‌های واقعی و غیرمبهم برای عمل در موقعیت‌های بحرانی (ایست قلبی - ریوی)، احتمال اجرای دقیق DNR و برنامه‌های درمانی منطبق بر اهداف بیمار از مراقبت را افزایش می‌دهد (۴۳).

### راهنماهای DNR در کشورهای مختلف

در دهه‌ی ۱۹۷۰ کمیته‌ی مراقبت‌های حیاتی در بیمارستان عمومی ماساچوست آمریکا برای اولین بار، راهنمایی را برای دستور عدم احیا تدوین نمود. این امر به درخواست پرستاران برای شفاف‌شدن نحوه‌ی پاسخ آن‌ها به خواست بیماران صورت گرفت. در حال حاضر، در آمریکا تمام بیمارستان‌هایی که خواهان کسب مجوز از کمیسیون مشترک اعتباربخشی سازمان‌های مرتبط با مراقبت‌های سلامت<sup>۱</sup> هستند، لازم است دارای سیاست مدونی در خصوص DNR باشند. در سال ۱۹۹۲ انجمن متخصصان بیهوشی آمریکا<sup>۲</sup> راهنمای مراقبت اخلاقی در بیمارانی که دستور عدم احیا دارند را تهیه کرد. با فاصله‌ی کمی پس از آن کالج جراحان آمریکا<sup>۳</sup> و انجمن پرستاران اتاق عمل<sup>۴</sup> راهنماهایی را در این مورد تدوین نمودند. لیکن در حال حاضر بسیاری از انجمن‌های پزشکی و پرستاری و مراکز بیمارستانی راهنماهایی را در این خصوص دارند (۴۴، ۴۵). از آن جمله می‌توان به راهنمای انجمن پرستاران اتاق عمل آمریکا اشاره نمود. احترام به اختیار فردی، صحبت قبلی با بیمار یا ولی او و کسب اجازه، استفاده از شیوه‌های استاندارد برای مشخص نمودن دستور DNR بیمار (مثلاً با دستبند مخصوص)، حق بیمار برای تغییر عقیده و لزوم ثبت نظر بیمار<sup>۵</sup> از اصول کلی این راهنما به شمار می‌روند (۴۶).

<sup>۶</sup> American Academy of Family Physicians

<sup>۷</sup> British Medical Association and Royal College of Nursing

<sup>۸</sup> National Health Service (NHS)

<sup>۹</sup> the King Faisal Specialist Hospital (KFSH)

<sup>۱</sup> the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

<sup>۲</sup> American Society of Anesthesiologists (ASA)

<sup>۳</sup> American College of Surgeons (ACS)

<sup>۴</sup> Association of Operating Room Nurses (AORN)

<sup>۵</sup> documentation

### مبانی اسلامی و دیدگاه‌های فقهی

در میان احکام فقهی و استفتائات فقهای شیعه، هرچند موضوع اتانازی و مرگ مغزی به‌وفور مورد بحث قرار گرفته است (۵۴ - ۵۲)، به‌نظر می‌رسد موضوع «دستور عدم احیا» بیش‌تر یک مسأله‌ی پزشکی تلقی شده است و لذا تصمیم درمورد آن به پزشکان و تیم مراقبت واگذار شده است. آنچه از بررسی احکام و استفتائات موجود به‌دست می‌آید، این است که به‌طور مسلم عدم اقدام برای حفظ حیات بیمار اگر صرفاً به‌علت رها کردن بیمار از درد و رنج بیماری باشد (حتی با رضایت بیمار) یا برای مصالحی چون جلوگیری از صرف منابع پزشکی و تحمیل هزینه به جامعه و خانواده صورت گیرد، بدون داشتن توجیه علمی، بر اساس مبانی اسلامی پذیرفتنی نیست. مقوله‌ی حیات و نگرش اسلام نسبت به آن امری است که در تصمیم‌گیری نسبت به دستور عدم احیا تأثیری مستقیم دارد. در دیدگاه مادی، که تقدسی ویژه برای حیات انسان قائل نیست و انسان صرفاً یک گونه‌ی حیوانی به‌شمار می‌آید (۵۵)، ممکن است حیات فردی که کیفیت بالایی از زندگی ندارد یا دچار درد و رنج فراوانی است بی‌فایده تلقی شده و نسبت به عدم تلاش برای حفظ آن حساسیت اخلاقی وجود نداشته باشد. این امر خصوصاً در جوامعی که بحث اتانازی پذیرفته شده است و برای آن قوانین مدنی طراحی گردیده است، عینی‌تر است. اما حیات انسانی از منظر اسلام تقدسی ویژه دارد. دلایل این امر، بنا به اشارات قرآنی، متعدد است که ما به بیان سه مورد بسنده می‌کنیم:

۱. قرآن کریم به کرات از دمیدن روح الهی در کالبد انسانی سخن می‌گوید؛ از جمله در سوره‌های حجر/۲۹ و ص/۷۲ می‌فرماید: «فَإِذَا سَوَّيْتَهُ وَنَفَخْتَ فِيهِ مِنْ رُوحِي فَقَعُوا لَهُ سَاجِدِينَ» یعنی: «پس وقتی او را (کاملاً) درست کردم و از روح خود در آن دمیدم پیش او به سجده درافتید». این امر که در مورد سایر مخلوقات مصداق ندارد، به انسانیت شرافتی خاص می‌بخشد.
۲. انسان به فرمایش قرآن کریم، خلیفه‌ی پروردگار در

زمین است<sup>۱</sup> و مسؤولیتی را که دیگر موجودات از پذیرفتن آن آن سرباز زدند<sup>۲</sup> به‌عهده گرفته است. لذا با توجه به توانایی‌ها و سعه‌ی وجودی انسان، ارزش جایگاه او نمی‌تواند همانند سایر مخلوقات باشد.

۳. حیات اخروی، باطن و حقیقت دنیای انسان است و قرآن کریم حساسی در جهان آخرت و وظیفه‌ی پاسخگویی را مختص انسان‌ها می‌داند. او اختیار دارد راه خود را برگزیند و در نهایت در صف رستگاران یا زیان‌کاران قرار گیرد.<sup>۳</sup> این مهم، انسان را از اکثر موجودات دیگر متمایز می‌سازد. به عبارتی، حیات دنیوی فرصتی غیرقابل جایگزین برای انسان‌هاست تا در رشد و کمال خود بکوشند و لیاقت و شایستگی سکنی در سرای والای آخرت و لقای پروردگار را کسب نمایند.

به‌نظر می‌رسد بر اساس مبانی اسلامی، انسان و حیات او امری نیست که فرد یا بستگان او یا سایرین بتوانند برای خاتمه‌ی آن تصمیم بگیرند. با این دیدگاه، کم‌ترین ثانیه‌های حیات یک انسان ممکن است دارای ارزشی بی‌حد باشند. باید تمام تلاش‌ها و بذل و وسع برای حفظ حیات انسانی انجام شود. لذا مرگ برنامه‌ریزی شده به هیچ‌وجه در اسلام پذیرفتنی نیست. البته تسریع یا تعجیل مرگ بیمار در سایر مذاهب الهی نیز پذیرفته نیست (۵۶).

از سوی دیگر، مرگ از منظر ادیان الهی از جمله اسلام، خاتمه‌ی حیات انسانی نیست (۵۷). مرگ از منظر اسلام مرحله‌ای از حیات معنوی انسان است که همه ناگزیر به

<sup>۱</sup> سوره‌ی بقره، آیه‌ی ۳۰: و چون پروردگار تو به فرشتگان گفت من در زمین جانشینی خواهم گماشت...

<sup>۲</sup> سوره‌ی احزاب، آیه‌ی ۷۲: ما امانت [الهی و بار تکلیف] را بر آسمان‌ها و زمین و کوه‌ها عرضه کردیم پس از برداشتن آن سر باز زدند و از آن هراسناک شدند و [بی] انسان آن را برداشت...

<sup>۳</sup> سوره‌ی اعراف، آیات ۸ و ۷: و وزن کردن (اعمال و سنجش ارزش آن‌ها) در آن روز حق است، آنگاه کسانی که کفه اعمالشان سنگین باشد، آنان رستگارند. و کسانی که کفه اعمالشان سبک باشد، آنان کسانی هستند که بر خود زیان زده‌اند...

از متابعت صرف از راهنماهای سایر کشورها بازمی‌دارد و ضرورت تدوین دستورالعملی مبتنی بر فرهنگ اسلامی-ایرانی را واضح می‌سازد. به‌طور مسلم، ضمن در نظر داشتن کیفیت حیات در مراحل پایانی زندگی بیماران، لحظه‌های حیات نباید به راحتی بی‌ارزش شمرده شوند. در این راستا، و با توجه به تلاش‌های مسئولان کشور در جهت ارتقای اخلاق در حیطه‌ی علوم پزشکی (۶۲-۶۰) و تجربه‌ی تدوین راهنماها و دستورالعمل‌های اخلاقی در کشور (۷۱-۶۳)، تدوین راهنمای ملی DNR منطبق با اصول اخلاقی، استانداردهای علمی و فرهنگ بومی پیشنهاد می‌گردد.

بدیهی است بستر لازم برای اجرایی‌شدن چنین دستورالعملی باید پیشاپیش با برقراری آموزش‌های فراگیر در تمام گروه‌های دخیل فراهم گردد. آموزش و افزایش آگاهی گروه‌های مختلف از جمله بیماران و عموم جامعه، شاغلین حرف پزشکی، مسئولان و سیاست‌گذاران سلامت، در تمام جوامع و به‌طور خاص در کشور ما امری ضروری است. ارتقا آگاهی‌ها به بهبود مهارت تصمیم‌گیری در مواقع حساس و افزایش انطباق با موازین اخلاقی منجر خواهد شد. هم‌چنین، تصمیم‌گیری صحیح و استاندارد منطبق با اخلاق در مورد DNR، به کاهش درمان‌های بی‌فایده<sup>۱</sup> و تخصیص بهینه‌ی بودجه‌ی عمومی سلامت در کشور خواهد انجامید که این امر می‌تواند از تحمیل هزینه‌های گزاف به سیستم درمانی و خانواده‌ی بیمار جلوگیری نماید.

پذیرش آنند؛ لذا تأخیر یا طولانی‌نمودن فرآیند مرگ با وسایل و تجهیزات پیشرفته امروزی در همه‌ی بیماران قابل توجه نمی‌باشد. لذا برخی بر این نظرند که زنده نگه‌داشتن بیمار با هر قیمتی (خصوصاً با امکانات محدودی که نمی‌تواند در اختیار همه قرار گیرد) مجاز نیست و مباحثی چون عدالت در توزیع و تخصیص منابع محدود سلامت باید در تصمیم‌گیری در این موارد لحاظ شود (۵۸). از آن‌جا که موضوع DNR از مسائل مستحدثه‌ی پزشکی محسوب می‌شود و حکم صریح شرعی در مورد آن وجود ندارد، بنابه قاعده‌ی «کل ما حکم به العقل، حکم به الشرع»، تفکر و تفقه در آن باید مبتنی بر علم و عقل بشری صورت گیرد. اما این که چه کسی یا کسانی این جایگاه حاکمیتی را برای تعیین موارد جواز DNR دارند مورد سؤال است. آیا پزشک، به تنهایی یا با مشورت تیم مراقبت، صلاحیت تام برای تصمیم‌گیری را دارد یا این امر باید با بیمار، خانواده‌ی او، مشاوران اخلاق، پزشکی قانونی، فقهاء و یا به‌طور کلی کمیته‌ی اخلاق بیمارستانی درمیان گذارده شود؟ (۵۹) به‌نظر می‌رسد با بحث مشترک و شکافتن جوانب موضوع و در نظر گرفتن شرایط گوناگون، صاحب‌نظران معارف اسلامی باید به‌دنبال راهکارهای جدید بوده و زمینه را برای طراحی راهنماهای بالینی فراهم نمایند. بدیهی است این امر باید با طراحی سیستم نظارتی کافی و با مشارکت کمیته‌های اخلاق بیمارستانی ساماندهی گردد.

### نتیجه‌گیری

در یک نگاه کلی، به‌نظر نمی‌رسد مطالعات متعددی که در نقاط مختلف دنیا در زمینه‌ی DNR صورت پذیرفته است پاسخگوی ابهامات موجود در صحنه‌ی عمل باشد. هرچند بسیاری از کشورهای غربی با تکیه بر اختیار فردی، به‌نوعی بار سنگین تصمیم‌گیری را بر دوش بیمار و خانواده‌ی او گذارده‌اند، کماکان پزشکان و کادر پزشکی در این امر با چالش مواجهند. در کشور ما، حسب ارزش‌ها و اعتقادات دینی، این امر نیازمند تبیین دقیق‌تری است تا از سردرگمی تیم مراقبت در بالین بکاهد. ارزش‌ها و عقاید پزشک و بیمار، ما را

<sup>۱</sup> Futile

## منابع

- O'Brien RG, Smyth KA, Rosenthal GE. Variation in the use of do-not-resuscitate orders in patients with stroke. *Arch Intern Med* 1997; 157(16):1841-47.
- 16- Eliasson AH, Howard RS, Torrington KG, Dillard TA, Phillips YY. Do not resuscitate decisions in the medical ICU. *Chest* 1997; 111(4): 1107-11.
- 17- Fields L. DNR does not mean no care. *J neurosci nurs* 2007; 39(5): 294-6.
- 18- Wachter RM, Luce JM, Hearst N, LO B. Decisions about resuscitation: inequities among patients with different diseases but similar prognoses. *Ann Intern Med* 1989; 111(6): 525-32.
- 19- Goodlin SJ, Zhong ZP, Lynn J, et al. Factors associated with use of cardiopulmonary resuscitation in seriously ill hospitalized adults. *JAMA* 1999; 282(34): 2333-9.
- 20- Wenger NS, Pearson ML, Desmond KA, et al. Epidemiology of do-not-resuscitate orders: Disparity by age, diagnosis, gender race, and functional impairment. *Arch Intern Med* 1995; 155(19): 2056-62.
- 21- Phillips RS, Wenger NS, Teno J, et al. Choices of seriously ill patients about cardiopulmonary resuscitation: correlates and outcomes. *Am J Med* 1996; 100(2): 128-37.
- 22- Tabak YP, Johannes RS, Silber JH, Kurtz SG. Should Do-Not-Resuscitate status be included as a mortality risk adjustor? *Med Care* 2005; 43(7): 658-66.
- 23- Cohen RI, Lisker GN, Eichorn A, Multz AS, Silver A. The impact of do not resuscitate order on triage decisions to a medical intensive care unit. *J Crit Care* 2009; 24(2): 311- 15.
- 24- Chen J, Sosnov J, Lessard D, Goldberg RJ. Impact of do not resuscitation orders on quality of care performance measures in patients hospitalized with acute heart failure. *Am Heart J* 2008; 156(1): 78-84.
- 25- Sanders A, Schepp M, Baird M. Partial do not resuscitation orders: a hazard to patient safety and clinical outcomes? *Crit Care Med* 2011; 39(1): 14 - 18.
- ۲۶- فرهانچی ا، رحیمی ز، بعلبکی م. تحقیق جایگاه دستورالعمل عدم احیا به عنوان انتخابی اخلاقی در خدمات پزشکی. فصلنامه اخلاق پزشکی ۱۳۹۰؛ دوره پنجم (شماره ۱۶): ۱۱۷-۱۳۲.
- 27- Lemiengre J, Dierckx de Casterle B, Craen KV, et al. Institutional ethics, policies on medical end of life decisions: a literature review. *Health Policy* 2007; 83(2-3): 131-43.
- 1- Burns JP, Edwards J, Johnson J, Cassem NH, Truog RD. Do not resuscitate order after 25 years. *Crit Care Med* 2003; 31(5): 1543-50.
- 2- Anonymous. Standards and guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiac care (ECG): Medicolegal considerations and recommendations. *JAMA* 1974; 227(7): 864-66.
- 3- Prendergast TJ, Claessens MT, Luce JM. A national survey of end of life care for critically ill patients. *Am J Respir Crit Care Med* 1998; 158(4): 1163-67.
- 4- Henneman EA, Baird B, Bellamy PE, Faber LL, Oye RK. Effect of do not resuscitate orders on the nursing care of critically ill patients. *Am J Crit Care* 1994; 3(6): 467-72.
- 5- Zoch TW, Desbiens NA, Destefano F, Stueland DT, Layde PM. Short and long term survival after cardiopulmonary resuscitation. *Arch Intern Med* 2000; 160(13): 1969-73.
- 6- Mittelberger JA, Lo B, Martin D, Uhlmann RF. Impact of a procedure specific do not resuscitate order form on documentation of do not resuscitate orders. *Arch Intern Med* 1993; 153(2): 228-32.
- 7- Singer PA, Barker G, Bowman KW, et al. Hospital policy on appropriate use of life sustaining treatment. *Crit Care Med* 2001; 29(1): 187-191.
- 8- Kouwenhoven WB, Jude JR, Knickerbocker GG. Closed chest cardiac massage. *JAMA* 1960; 173: 1064-67.
- 9- Symmers WS Sr. Not allowed to die. *Br Med J* 1968; 1(5589): 442.
- 10- Baker R. The legitimation and regulation of DNR orders. In: Baker R, Strosberg MA. *Legislating Medical Ethics: A Study of the New York State Do not Resuscitate Law*. Boston, Kluwer Academic; 1995, p. 33-101.
- 11- Gouda A, Al-Jabbary A, Fong L. Compliance with DNR policy in a tertiary care center in Saudi Arabia. *Intensive care med* 2010; 36(12): 2149-53.
- 12- Lang F, Quill T. Making decisions with families at the end of life. *Am Fam Physician* 2004; 70(4): 719-23.
- 13- Sachedina A. End of life: the Islamic View. *Lancet* 2005; 366(9487): 774-79.
- 14- Gan SC, Beaver SK, Houck PM, Maclehorse RF, Lawson HW, Chan L. Treatment of acute myocardial infarction and 30 day mortality among women and men. *N Engl J Med* 2000; 343(1): 8-15.
- 15- Shepardson LB, Youngner SJ, Speroff T,

- community hospital. *J Med Ethics* 2002; 28(6): 364-67.
- 41- De Gendt C, Bilsen J, Vander Stichele R, Lambert M, Van Den Noortgate N, Deliens L. Do-not-resuscitate policy on acute geriatric wards in Flanders, Belgium. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53(12): 2221-6.
- ۴۲- فرهانچی ا، عبد الملکی ف، پهلوان س، کاشانی خ. بررسی فراوانی موارد احیا غیر لازم در سطح بیمارستان‌های آموزشی شهر همدان در طول یک‌سال. خلاصه مقالات کنگره کشوری اخلاق پزشکی کاربردی؛ سال ۱۳۸۵؛ مشهد، ایران؛ سازمان بسیج جامعه پزشکی؛ ۱۳۸۵.
- 43- Ehlenbach WJ, Curtis R. The meaning of do not resuscitation orders: need for clarity. *Crit Care Med* 2011; 39(1): 193-4.
- 44- Anonymous. Guidelines for the Ethical Care of Patients with Do Not Resuscitate Orders. <http://www.asahq.org/For-Healthcare-Professionals/Standards-Guidelines-and-Statements.aspx> (accessed in 2010)
- 45- Anonymous. Statement on advance directives by patients: "do not resuscitate" in the operating room. *Bull Am Coll Surg* 1994; 79(9): 29.
- 46- Anonymous. AORN Position Statement on Preoperative Care of Patients with Do-Not-Resuscitate or Allow-Natural-Death Orders. [http://www.aorn.org/PracticeResources/AORNPositionStatements/Position DoNotResuscitate](http://www.aorn.org/PracticeResources/AORNPositionStatements/Position_DoNotResuscitate) (accessed in 2010)
- 47- Ackermann RJ. Withholding and withdrawing life-sustaining treatment. *Am Fam Physician* 2000; 62(7): 1555-60, 1562, 1564.
- 48- Anonymous. The British Medical Association and the Royal College of Nursing. <http://www.bbc.co.uk/ethics/euthanasia/overview/dnr.shtml> (accessed in 2010)
- 49- Anonymous. Decisions relating to cardiopulmonary resuscitation, A Joint Statement from the British Medical Association, the Resuscitation Council (UK) and the Royal College of Nursing, 2007. <http://www.resus.org.uk/pages/DNAR.htm> (accessed in 2011)
- 50- Younge D, Moreau P, Ezzat A, Gray A. Communicating with cancer patients in Saudi Arabia. *Ann N Y Acad Sci* 1997; 809: 309-16.
- 51- Takrouri M, Halwani T. An Islamic medical and legal prospective of do not resuscitate order in critical care medicine. *Internet J Health* 2008; 7(1).
- 28- Kelly WF, Eliasson AH, Stocker DJ, Hnatiuk OW. Do specialists differ on Do Not Resuscitate decisions. *Chest* 2002; 121(3): 957-63.
- 29- Granja C, Teixeira-Pinto A, Costa-Pereira A. Attitudes towards do-not-resuscitate decisions: differences among health professionals in a Portuguese hospital. *Intensive care Med* 2001; 27(3): 555-8.
- 30- Myint PK, Miles S, Halliday DA, Bowker LK. Experiences and views of specialist registrars in geriatric medicine on do not attempt resuscitation decisions: a sea of uncertainty? *QJM* 2006; 99(10): 691-700.
- 31- Sham CO, Cheng YW, Ho KW, et al. Do Not Resuscitate decisions: the attitudes of medical and non medical students. *J Med Ethics* 2007; 33(5): 261-5.
- 32- Soudry E, Sprung CL, Levin PD, Grunfeld GB, Einav S. Forgoing life sustaining treatments: comparison of attitudes between Israeli and North American intensive care healthcare professionals. *Isr Med Assoc J* 2003; 5(11): 770-4.
- 33- Hilden HM, Louhiala P, Honkasalo ML, Palo J. Finnish nurses views on end of life discussions and a comparison with physicians views. *Nurs Ethics* 2004; 11(2): 165-78.
- 34- Sulmasy DP, He MK, McAuley R, Ury WA. Beliefs and attitudes of nurses and physicians about do not resuscitate orders and who should speak to patients and families about them. *Crit Care Med* 2008; 36(2): 1817-22.
- 35- Sulmasy DP, Sood JR, Ury WA. Physicians' confidence in discussing do not resuscitate orders with patients and surrogates. *J Med Ethics* 2008; 34(2): 96-101.
- 36- Chao CS. Physicians' attitudes towards DNR of terminally ill cancer patients in Taiwan. *J Nurse Res* 2002; 10(3): 161-7.
- 37- Iyilikçi L, Erbayraktar S, Gökmen N, Ellidokuz H, Kara HC, Günerli A. Practices of anaesthesiologists with regard to withholding and withdrawal of life support from the critically ill in Turkey. *Acta Anaesthesiol Scand* 2004, 48(4): 457-62.
- 38- Mobeireek AF, al-Kassimi (Al) FA, al-Majid SA, al-Shimemry A. Communication with the seriously ill: physicians' attitudes in Saudi Arabia. *J Med Ethics* 1996, 22 (5): 282-5.
- 39- Feder S, Matheny RL, Loveless RS, Rea TD. Withholding resuscitation: a new approach to prehospital end of life decisions. *Ann Intern Med* 2006; 144(9): 634-40.
- 40- Junod Perron J, Morabia A, De Torrente A. Evaluation of do not resuscitate orders in a Swiss

بافت در کشور. مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل ۱۳۸۴؛ دوره هشتم (ویژه نامه ۳): ۹-۲۱.

۶۵- فیض زاده ع، اصغری ف، کشتکار ع و همکاران. راهنمای اخلاق در کارآزمایی های بالینی. مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل ۱۳۸۴؛ دوره هشتم (ویژه نامه ۳): ۳۲-۲۳.

۶۶- شیدفر ف، کاویانی ا، پارساپور ع و همکاران. راهنمای اخلاقی پژوهش بر گروه های خاص. مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل ۱۳۸۴؛ دوره هشتم (ویژه نامه ۳): ۴۱-۳۳.

۶۷- غفوری فرد س، صادقی س، رمضان زاده ف، و همکاران. مروری بر تدوین راهنمای اخلاقی پژوهش بر گامت و جنین. مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل ۱۳۸۴؛ دوره هشتم (ویژه نامه ۳): ۷-۴۳.

۶۸- متوسلی ا، اکرمی م، زینلی س، مدرسی م ح، پارساپور ع ر، آرامش ک، و همکاران. مروری بر سیر تدوین و تصویب راهنمای اخلاقی پژوهش های ژنتیک. مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل ۱۳۸۴؛ دوره هشتم (ویژه نامه ۳): ۵۴-۴۹.

۶۹- آل داوود س ج، جوادزاده بلوری ع، صادقی ه، و همکاران. تدوین کدهای لازم برای کار بر روی حیوانات آزمایشگاهی. مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل ۱۳۸۴؛ دوره هشتم (ویژه نامه ۳): ۶۴-۵۵.

۷۰- پارساپور ع، باقری ع، لاریجانی ب. منشور حقوق بیمار در ایران. مجله اخلاق و تاریخ پزشکی ۱۳۸۸؛ دوره سوم (ویژه نامه): ۴۷-۳۹.

۷۱- بدون نام. کدهای ۲۶ گانه اخلاق در پژوهش وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی.

<http://hbi.ir/NSite/SpecialFullStory/News/?Id=319&Level=12> (accessed in 2011)

۵۲- روحانی م، نوغانی ف. احکام پزشکی. تهران: دبیرخانه شورای عالی انطباق امور پزشکی با موازین شرع مقدس، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۱۳۷۶-۸۰:۱۶۹.

۵۳- حبیبی ح. مرگ مغزی و پیوند اعضا از دیدگاه فقه و حقوق. قم: بوستان کتاب (انتشارات دفتر تبلیغات اسلامی حوزه علمیه قم)؛ ۱۳۸۰.

۵۴- بدون نام. دفتر تبلیغات اسلامی شعبه خراسان رضوی. مسائل مستحدثه پزشکی. قم: بوستان کتاب (انتشارات دفتر تبلیغات اسلامی حوزه علمیه قم)؛ ۱۳۸۶، جلد اول: ص ۳۹۱-۲۶۱، جلد دوم: ۹۷-۷۵.

55- Singer P. Rethinking life and death: The collapse of our traditional ethics. New York: St. Martin's Griffin Press, Reprint edition, 1994.

۵۶- لاریجانی ب، زاهدی ف، توکلی بزاز ج، پارساپور ع. مباحث اخلاقی خاتمه حیات از منظر ادیان. مجله دیابت و لیپید ایران ویژه نامه اخلاق پزشکی ۱۳۸۶؛ ۲۳-۹.

۵۷- زاهدی ف، لاریجانی ب، توکلی بزاز ج. تحلیلی مبتنی بر دیدگاه اسلام در مباحث اخلاقی خاتمه حیات: مطالعه ی موارد بالینی. مجله دیابت و لیپید ایران. ویژه نامه اخلاق پزشکی ۱۳۸۶؛ ۳۵-۲۵.

58- Sachedina A. Islamic Bioethical Ethics: Principles and Application. New York: Oxford University Press; 2009, p. 165-6.

59- Atighetchi D. Islamic Bioethics: Problems and Perspectives. Netherlands: Springer; 2007.

60- Zahedi F, Emami Razavi SH, Larijani B. A two-decade Review of Medical Ethics in Iran. Iranian J Publ Health 2009; 38(Suppl. 1): 40-6.

61- Larijani B, Zahedi F. Contemporary Medical Ethics: an overview from Iran. Dev World Bioeth 2008, 8(3): 192-6.

62- Larijani B, Malek-Afzali H, Zahedi F, Motevaseli E. Strengthening medical ethics by strategic plan in Islamic Republic of Iran. Dev World Bioeth 2006; 6(2): 106-10.

63- Zahedi F, Larijani B. National bioethical legislation and guidelines for biomedical research in Islamic Republic of Iran. Bull World Health Organ 2008, 86(8): 630-4.

۶۴- لاریجانی ب، زاهدی ف، پارساپور ع، محقق دولت آبادی م، جعفریان ع، کاظمی س م. مروری بر سیر تدوین و تصویب راهنمای اخلاقی پژوهش های پیوند عضو و