

تحلیل شرایط بیماران در آستانه‌ی مرگ، مراقبت‌های پایان حیات

و اطرافیان بیمار مشرف به موت و توجه به توصیه‌های موجود

عبدالحسن کاظمی^{۱*}، مصطفی کاظمی^۲، محمود عباسی^۳، مهرزاد کیانی^۴، نجات فیض‌اللهی^۵، صدیار عطاوآ^۶، محمود مسعودی‌نیا^۷

مقاله‌ی مروری

چکیده

در متون دینی و در همه‌ی فرهنگ‌ها، پایان زندگی با سختی‌های ناشناخته و اضطراب توصیف شده است. مرگ مرحله‌ی انتقالی تجربه نشده‌ای است که انسان پیوندهای خود را با جهان مأنوس خود می‌گسلد و در عالمی اسرارآمیز گام می‌گذارد که در فرهنگ اسلامی برای گذر از این مرحله توصیه‌هایی وجود دارد.

در حوزه‌ی اخلاق پزشکی در مورد بیماران مشرف به موت و احساس درماندگی آنان مباحث عدیده‌ای وجود دارد و مراقبت‌های پایان حیات، تسکین درد، مدیریت محیط و لحظات احتضار بیمار، مرگ در آرامش، تسکین آلام اطرافیان بیمار مشرف به موت و ... در عرصه‌ی اخلاق پزشکی نه تنها توصیه می‌گردد؛ بلکه حتی قسمتی از حقوق بیمار و وظایف کادر پزشکی است.

مفهوم مراقبت‌های پایان حیات، افزایش کیفیت زندگی بیمار مشرف به موت است، ولی پروتکل‌های کنترل و تسکین درد، برنامه‌های بالینی و کیفیت مراقبت استاندارد در همه‌ی جوامع یکسان نیستند. اجرای این پروتکل‌ها مفهوم توجه به تمامیت جسمانی و هویتی بیمار و جایگزینی فرهنگ بیمارمحوری به جای فرهنگ بیماری محوری مرسوم را در خود دارد.

داغدیدگی اطرافیان بیمار پس از مرگ وی با سوگ و سوگواری در سه مرحله‌ی اجتناب، مواجهه و سازگاری ظاهر می‌شود. سوگواری نحوه‌ی ابراز افکار و احساسات داغدیدگان است و مدیریت عالمانه‌ی سوگ از بروز ناهنجاری‌ها و احیاناً آسیب‌های اجتماعی ناشی از فقدان بیمار فوت شده جلوگیری می‌نماید و هدف این نوشتار نیز بررسی بعضی از ابعاد این موضوع با رویکرد به اخلاق پزشکی است.

واژگان کلیدی: بیمار مشرف به موت، احتضار، مراقبت‌های پایان حیات

^۱ دانشیار، مرکز تحقیقات فلسفه و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

^۲ دانشجو، دانشکده‌ی مهندسی معماری، دانشگاه هنر اسلامی تبریز

^۳ استادیار، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

^۴ دانشیار، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

^۵ استادیار، دانشگاه آزاد اسلامی اهر

^۶ دادگستری آذربایجان شرقی

^۷ دانشگاه پیام نور آذربایجان شرقی

* **نشان:** تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، مرکز تحقیقات فلسفه و تاریخ پزشکی، تلفن: 0411-3373745.

مقدمه

سالیان دراز با آن خو گرفته است قطع کند و در عالمی گام می‌گذارد که برای او کاملاً تازه و اسرارآمیز است، به‌خصوص این که در لحظات احتضار و مرگ، انسان درک و دید تازه‌ای پیدا می‌کند و بی‌ثباتی جهان فانی را با چشم خود می‌بیند و هول و صعوبت و شدت حوادث بعد از مرگ را کم و بیش مشاهده می‌کند. این جاست که وحشتی عظیم سر تا پای او را فرا می‌گیرد و حالتی شبیه مستی به او دست می‌دهد که البته مستی نیست ولی همانند مستی، عقل و هوش از سر می‌رباید و شاید نوعی بهت و حیرت باشد (۴).

در فرهنگ اسلامی از احادیث و روایات متعدد، وجود اضطراب و تلاطم برای میت در لحظات مرگ و پس از آن به روشنی استنباط می‌گردد و بنابر بعضی روایات و احادیث، حتی انبیا و مردان خدا که در لحظات مرگ از آرامش کاملی برخوردارند از مشکلات و فشارهای خود لحظه‌ی انتقالی بی‌نیصیب نیستند، چنان‌چه در حالات پیامبر اسلام (صلی الله علیه و آله و سلم) آمده است که: در لحظات آخر عمر مبارکشان، دست خود را در ظرف آبی می‌کردند و به‌صورت می‌کشیدند و الفاظ مبارک (لا اله الا الله) زمزمه نموده و می‌فرمودند: «ان الموت سكرات» (مرگ سكراتی دارد) و این معنا در فرمایشات امیرالمومنین (ع) در نهج‌البلاغه نیز آمده است (۵). آن حضرت ترسیم زنده و گویایی از لحظه‌ی مرگ و سكرات آن دارد و می‌فرماید: هر آینه مرگ شداید و سختی‌هایی دارد، شدیدتر از آنچه در وصف بگنجد یا با معیار عقل مردم دنیا سنجیده شود.^۳

از حضرت امام صادق (ع) سؤال کردند: چرا هنگامی که روح از بدن انسان خارج می‌شود احساس ناراحتی می‌کند، فرمود: به سبب این که با آن نمو کرده است. درست مانند این می‌ماند که دندان فاسدی را از دهان بیرون کشند، (به‌طور مسلم پس از آن احساس آرامش می‌کند، ولی لحظه‌ی جدایی دردناک است) (۵).

مرگ در همه‌ی فرهنگ‌ها، همیشه طنینی رعدآسا و سهمگین برای زندگان دارد و در تضاد با غریزه‌ی بقاء نهفته در ذات همه‌ی موجودات زنده تلقی شده است (۱، ۲). از آیات قرآن کریم و روایات چنین استفاده می‌شود که پایان حیات انسان با شدت و سختی‌های ناشناخته‌ی سهمگین و وحشت و تشویش‌های گیج‌کننده همراه است.^۱ در واقع، مرگ عموم انسان‌ها را به حیرانی و سرگردانی وحشت‌آوری فرو می‌برد. در لحظات مرگ یا به تعبیر بهتر در سكرات مرگ به انسان حالتی شبیه مستی و مدهوشی و بی‌هوشی دست می‌دهد. در سكرات مرگ، ناشناخته‌ها بر عقل و اختیار انسان چیره می‌شوند و او در اضطراب و تلاطم شدیدی ناآرام و مضطرب می‌گردد، به‌نحوی که قرآن درباره‌ی سكرات مرگ چنین می‌فرماید: و جاءت سكره الموت بالحق ذلك ما كنت منه تحيد [و سرانجام سكرات مرگ، به حق فرا می‌رسد (و به انسان گفته می‌شود): این همان چیزی است که از آن فرار می‌کردی].^۲

حیرانی، وحشت و اضطراب در لحظات مرگ، یا به سبب انتقال از جهانی به جهان دیگر است که از هر جهت ناشناخته و مجهول می‌باشد و شاید شبیه حالت آشفتگی نوزادان در هنگام انتقال از عالم جنین به عالم دنیا باشد. هم‌چنین، این آشفتگی می‌تواند به سبب مشاهده کردن اوضاع و احوال و شرایط بعد از مرگ و فرار گرفتن انسان در برابر نتیجه‌ی اعمال و ترسیدن از سرنوشت نهایی باشد یا می‌تواند بر اثر جدایی از دنیا و افراد و کسان و امور مورد علاقه‌ی او از قبیل خانه، املاک و اموال و فرزندان روی دهد (۳).

بروز چنین اضطرابی برای فرد محض علی‌القاعده طبیعی است، چرا که انسان در لحظه‌ی مرگ که مرحله‌ی انتقالی تجربه نشده‌ای است باید تمام پیوندهای خود را با جهانی که

^۱ قرآن مجید، آیات سوره‌ی قیامت

^۲ قرآن مجید، سوره‌ی ق، آیه‌ی ۱۹

^۳ حضرت امام علی (ع)، نهج‌البلاغه، خطبه‌ی ۱۰۹

مداخلات اطرافیان بیمار، ۷- مغایرت نظرات پزشکان و خانواده‌ی بیمار و.... دچار سردرگمی و تردید در تصمیم‌گیری می‌شوند (۱۱، ۱۰). با توجه به مجموعه مسائل فوق، هدف از این نوشتار، بررسی مباحث اصلی بیماران مشرف به موت، مراقبت‌های پایان حیات در مورد این بیماران، شرایط و حالات اطرافیان بیمار مشرف به موت و موضوع سوگ و سوگواری آنان پس از فقدان بیمار است که این بررسی از منظر اخلاق پزشکی و با توجه به متون دینی و آموزه‌ها و توصیه‌های موجود در منابع اسلامی انجام گرفته است.

پروتکل‌ها و توصیه‌ها

مفهوم مستتر در مراقبت‌های پایان حیات، افزایش کیفیت زندگی^۴ بیمار رو به مرگ است که خود مفهومی آشنا در عرصه‌ی خدمات سلامت و یکی از معیارهای ارزشیابی کارایی نظام سلامت است (۱۳، ۱۲). در مجموعه مراقبت‌های پایان حیات، کنترل و تسکین درد و همچنین تأمین آرامش عاطفی و روحی بیماران رو به مرگ، امری محوری به شمار می‌رود، زیرا در شرایطی که درمان مؤثری برای بیماری وجود ندارد، می‌توان به کنترل و تسکین دردهای جانکاه و توان‌فرسای بیماران رو به مرگ پرداخت و آرامشی سطحی به بیماران هدیه نمود (۱۷-۱۴) که توصیه‌ها و خط مشی انجمن پزشکی آمریکا^۵ (ACP) در مورد مراقبت‌های پایان حیات، کنترل و تسکین درد بیماران رو به مرگ در مراحل پایانی زندگی^۶ (EOL) قابل توجه است.

خط مشی‌های ارائه شده تأکید می‌کنند که پزشکان باید مرتباً به ارزیابی بیمارانی پردازند که به بیماری‌های شدید و دارای پیش‌آگهی وخیم گرفتارند و از علایمی همانند درد، کوتاهی تنفس و افسردگی در مراحل پایانی حیات زجر می‌برند. در چنین شرایطی توصیه می‌شود که پزشکان از درمان‌های تأیید شده به منظور کنترل و تسکین درد بهره‌گیرند و توجه نمایند که این درمان‌ها برای همه‌ی بیماران مبتلا به بیماری‌های شدید

در همه‌ی فرهنگ‌های بشری نیز همیشه انسان به حکم احساس هویت و کرامت^۱ و داشتن تعریفی از هویت، کرامت و خویشتن خویش برای خودش، با تلخکامی و سوز و دردی گزنده به قصه‌ی مرگ و پایان حیات نگرسته است. دنیای مردگان را دنیایی ناشناخته و دور از تصور خود یافته است و نادرند کسانی که از مفهوم بیولوژیک مرگ هراسی نداشته‌اند (۶). روشن است که مرگ ارزشی و بر اساس معیارهای خدایی و آسمانی و به‌ویژه مفهوم شهادت در آموزه‌های اسلامی، تصور از مرگ را دگرگون می‌سازد و برداشت‌ها و استنباط‌های سطحی در مورد مرگ مورد تأیید دین اسلام و سایر ادیان ابراهیمی نیست. حتی از منظر فلسفی و عرفانی، مرگ به نوبه‌ی خود نعمتی عظیم محسوب می‌شود که وصول به مراتب عالی‌تری از کمال و هستی را در مسیر صیورورت انسان ممکن می‌سازد^۲، اما در عرصه‌ی بیماری و ناتوانی و نیاز به خدمات پزشکی، احساس عجز و درماندگی بیماران رو به مرگ^۳، شرنگ و زهر هلاهل به کام بیمارانی می‌ریزد که دانش پزشکی و پزشکان از شفا و علاج آنان ناتوان هستند (۷). در چنین وضعیتی، مراقبت‌های پایان حیات در عرصه‌ی اخلاق پزشکی معنا می‌یابد و نه تنها توصیه می‌گردد بلکه حتی قسمتی از حقوق بیمار و به تبع آن از وظایف کادر پزشکی تلقی می‌شود تا در سایه مراقبت‌های پزشکی، واپسین ایام عمر فانی بیمار در حد اعلاء آرامش قابل الوصول سپری شود و از شدت آلام بیمار کاسته گردد (۹، ۸). اما آنچه در این میان روشن و مشهود است پزشکان درباره‌ی مراقبت‌های پایان زندگی معمولاً ساختار ذهنی روشنی ندارند و برای مسائل مهم مطرح و اساسی در این دوره‌ی زندگی مانند ۱- رضایت بیمار از نوع و کیفیت خدمات پزشکی، ۲- استفاده از درمان‌های طولانی‌کننده‌ی حیات، ۳- بیان حقایق بالینی به بیمار، ۴- برخورد با درخواست اتانازی یا خودکشی از جانب بیمار، ۵- درخواست درمان‌های بی‌فایده یا کم‌فایده، ۶-

^۴ Quality of life

^۵ American College of Physicians

^۶ End of life

^۱ Dignity

^۲ قرآن مجید، سوره‌ی آل عمران، آیه‌ی ۱۶۹

^۳ End stage

نپردازند یا با فرهنگ سایر جوامع تطابق لازم را نداشته باشند. خط مشی تصویب شده ACP در ۱۴ جولای ۲۰۰۷ نیز بر مراقبت‌های پایانی زندگی افراد بر اساس نظرات انستیتو پزشکی که یکی از پیشگامان در پیشرفت کیفیت مراقبت‌های بهداشتی است، تکیه دارد.

درجه‌بندی چگونگی و اهمیت به‌کار بستن توصیه‌های ارائه شده در خط مشی ACP بر اساس درجه‌بندی‌های استاندارد پایه‌ریزی شده است. این توصیه‌ها در خصوص مراحل پایانی زندگی افراد، به‌صورت توصیه‌های اکید و قوی درجه‌بندی شده است و این مفهوم را می‌رساند که به‌کار بستن این توصیه‌ها و مزایای حاصله از آن‌ها بر خطرات احتمالی ایجاد شده برتری دارد.

مجدداً خاطر نشان می‌سازد که تمام توصیه‌های EOL این انجمن بر اساس شواهدی است که از زندگی بیماران سرطانی در مراحل پایانی زندگی به‌دست آمده است و این خط مشی‌ها به‌طور خلاصه در برگزیده‌ی موارد زیر است:

- ۱- پزشکان بیماران مبتلا به امراض بدخیم را در مراحل پایانی حیات، از نظر نشانه‌هایی همانند درد، تنگی نفس و افسردگی دائماً ارزیابی و کنترل کنند.

- ۲- پزشکان برای بیماران مبتلا به امراض بدخیم، در مراحل پایانی حیات از پروتکل‌های درمانی تأیید شده جهت کنترل درد بهره‌گیرند. این درمان‌ها برای بیماران مبتلا به سرطان شامل داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی، اوپیوئیدها و بیس فسفونات‌ها خواهد بود.

- ۳- درمان‌های تأیید شده برای کنترل تنگی نفس در مراحل پایانی زندگی برای بیماران مبتلا غیر قابل تسکین شامل استفاده از اوپیوئیدها و برای بیماران با هیپوکسی کوتاه‌مدت بهره‌گیری از اکسیژن است.

- ۴- درمان‌های تأیید شده برای بیماران مبتلا به سرطان شامل استفاده از داروهای ضد افسردگی سه حلقه‌ای، مهارکنندگان بازجذب مجدد سروتونین یا مداخله‌گرهای روانی است.

- ۵- پزشکان باید بر برخورداری تمام بیماران مبتلا به

دارای پیش‌آگهی وخیم اعمال شود و بهتر است که برنامه‌های بالینی و کیفیت مراقبت استاندارد برای چنین مواردی در نظر گرفته شود.

توجه به پرونده‌های بالینی بیماران دارای بیماری‌های شدید دارای پیش‌آگهی وخیم روشن می‌سازد که سه نشانه‌ی بالینی عمده در این بیماران شامل درد، مشکلات تنفسی و افسردگی است و از این رو خط مشی تدوین شده‌ی انجمن پزشکی آمریکا (ACP) توجه خود را بر روی این سه مسأله متمرکز کرده است و استفاده از داروهای تأیید شده را در کنترل درد، کوتاهی تنفس و افسردگی در مراحل پایانی زندگی بیمار، ضروری می‌داند و بر کنترل و ارزیابی مرتب بیماران در مراحل پایانی تأکید دارد. مثلاً درد بیماران مبتلا به سرطان می‌تواند از طریق داروهای ضد التهاب، نارکوتیک‌ها و بیس فسفونات‌ها کنترل شود و بیمارانی که در مراحل پایانی زندگی با مشکلاتی مانند تنگی نفس مواجه‌اند می‌توانند برای رهایی از هیپوکسی، از نارکوتیک‌ها و اکسیژن برای مدتی برخوردار شوند.

ACP از سال ۱۹۸۱ از طریق ارزیابی تأثیرات بالینی روش‌های انجام شده، در صدد گسترش و پیشرفت هر چه بهتر خط مشی‌های صادر شده از سوی این انجمن است و بیش‌تر به رضایت و موافقت عموم و عقیده‌ی کارشناسان بر اسناد و شواهد بالینی به‌دست آمده تکیه دارد.

البته باید توجه کرد که همه‌ی شواهد به‌دست آمده در مراحل پایانی زندگی بیماران، برای تدوین پروتکل‌های کنترل و تسکین درد، از کیفیت بالا یا یکسانی برخوردار نیستند؛ ضمن آن‌که اکثر شواهد به‌دست آمده برای تدوین پروتکل‌های مورد استفاده، از زندگی بیماران مبتلا به سرطان است که ایام پایانی عمر خود را می‌گذرانند و بدین جهت، پروتکل‌های تدوین شده بر اساس این شواهد ممکن است به خوبی به ارزیابی مراحل پایانی زندگی در مورد مشکلات قلبی، بیماری‌های ریه، زوال عقل یا درمان‌هایی از قبیل حمایت‌های تغذیه‌ای، درمان‌های مکمل یا جایگزین و مراقبت‌های روحی و روانی

اختلافات فامیلی، کشمکش‌های عاطفی، مسائل مالی و اقتصادی سنگین در صورت طرح، آرامش درونی بیمار را به هم خواهد ریخت و زبینه است که در صورت امکان بیمار به مسافرت‌های کوتاه به اماکنی برده شود که لحظات شاد و فرح‌انگیزی در آن اماکن داشته است (۳۲-۲۸، ۱۵، ۱۴).

احتضار و بیداری حس مذهبی

در اکثر انسان‌ها، بیداری حس مذهبی در چنین دورانی مشاهده می‌شود و گرایش بیشتری به امور معنوی و روحانی و مذهبی و ملکوتی جلوه‌گر می‌گردد و بنابراین، در مراقبت‌های پایان حیات برای بیماران رو به مرگ، برخورداری و دسترسی به خدمات مذهبی ضرورتی تام دارد. کتب، نمادها، اشخاص، تعالیم و... مرتبط به مذهب باید برای بیمار کاملاً سهل الوصول باشد و به بیمار برای انجام فرایض مذهبی، تأملات دینی یا داشتن لحظاتی سرشار از حس معنوی مساعدتی ویژه به عمل آید و اگر بیمار طالب حضور در آیین، مراسم یا محل مذهبی خاصی است این امکان از وی مضایقه نگردد و در صورت علاقه‌مندی بیمار به انجام امور خیریه، راهنمایی‌های لازم برای تحقق اراده وی به عمل آید و به وی نیز اطمینان داده شود که در صورت عدم هوشیاری در مراحل آخر حیات، مطابق آیین مذهبی خود لحظات احتضار را سپری خواهد کرد، جان خواهد سپرد و تشریفات و آیین‌های مذهبی مربوط به اعتقادات و باورهای دینی وی، برایش انجام خواهد شد (۳۲، ۱۹، ۸، ۲، ۱).

بیماران رو به مرگ ممکن است در چنین ایامی در اندیشه‌ی جبران مافات و خطاهایی باشند که در ایام سلامتی و توانایی خود مرتکب شده‌اند. در چنین حالتی، مسلماً باید نیات و اندیشه‌های بیمار را عملی کرد و بلکه حتی اگر نشانه‌های نامحسوسی از چنین گرایشاتی در وی دیده می‌شود با تمهید مقدمات و روشی ملایم و با ملاحظت این گرایشات را در وی تقویت کرد تا مشمول ذمه کسی باقی نماند و هم‌چنین هیچ‌گونه دینی بر گردن بیمار بر جای نماند و مسلم است که چنین رفتاری به ثبات عاطفی بیمار کمک خواهد کرد

بیماری‌های جدی از پروتکل‌های درمانی تأیید شده جهت کنترل درد و اعمال آن‌ها توجه و نظارت داشته باشند (۱۸). در واقع، مبنای توصیه‌های فوق‌الذکر آن است که اصولاً در پزشکی مدرن به جامعه‌ی پزشکی پیشنهاد می‌شود به‌جای بیماری محوری، بیمار محوری پیشه گردد و تمامیت جسمانی و هویتی بیمار مد نظر جامعه پزشکی قرار گیرد (۲۱-۱۸، ۸). از دیگر موارد سهل‌الوصول برای بیماران رو به مرگ، در صورت درخواست صریح یا ضمنی بیمار، عمل به «حق ندانستن» در مورد شرایط بالینی بیمار است (۲۲). در شرایط عادی و پرونده‌های بالینی متداول، بیمار حق دارد که از همه‌ی محتوای پرونده‌ی بالینی خود مطلع گردد، ولی به‌نظر می‌رسد که در بیماران رو به مرگ که از اصل علاج ناپذیری بیماری خود مطلعند، «حق ندانستن» بر «حق دانستن» ارجح باشد و از این طریق وخامت افزاینده‌ی حال بیمار و اخبار ناگوار متواتر به وی اعلام نمی‌گردد تا ترومای روانی و زندگی شاخص‌های حیاتی، روح و روان وی را نیازارد (۲۵-۲۳).

آرامش بخشی

آرامش محیط بستری، خانوادگی یا زندگی بیمار رو به مرگ نیز امری لازم‌الرعايه محسوب می‌گردد (۲۷، ۲۶). شایسته است که در ایام پایانی حیات، چنین بیماری در محیطی دلچسب، خوشایند و دلپذیر به‌سر برده در صورتی که دوران خوش خاطره‌انگیزی در زندگی داشته است، مکرراً از این وقایع صحبت شود، آلبوم‌ها و نشانه‌های یادآور این دوران در اطراف بیمار باشد. افراد و اشیایی که این خاطرات را برای بیمار زنده می‌کنند مکرراً در اطراف و منظر بیمار باشند و بر عکس از یادآوری لحظات تلخ گذشته زندگی پرهیز گردد و افراد و نشانه‌هایی که مرارت‌ها و تلخکامی‌های گذشته را زنده می‌کنند، از بیمار رو به مرگ دور باشند. بهتر است مسائل سنگین و غامض روحی و فکری و معضلات کشدار شخصی، خانوادگی یا اجتماعی بیمار در چنین ایامی مطرح نگردد.

¹ Right not to know

² Right to know

و از تلاطم درونی وی خواهد کاست (۳۳، ۳۲، ۱۹).

علايق و روابط خانوادگی، قسمت مهمی از زندگی عاطفی و اجتماعی هر انسانی را تشکیل می‌دهد و معقول آن است که با بیانی روشن و عطوفت به بیمار رو به مرگ اطمینان داده شود که پس از رحلت وی، خانواده، وابستگان به‌ویژه خویشاوندان ناتوان بیمار (کهنسالان و کودکان) از مراقبت و ملاحظت کافی برخوردار خواهند شد. کسب چنین اطمینانی از جانب بیمار آرامش روحی و عاطفی قابل ملاحظه‌ای به او خواهد داد (۳۴، ۱۲، ۹، ۷).

مدیریت محیط و لحظات احتضار بیمار نیز امری به غایت مهم است (۳۵) و با توجه به این‌که میزان قابل توجهی از موارد مرگ و میر در بیمارستان نیز اتفاق می‌افتد (۳۶) ضرورت آگاهی کادر پزشکی از ظرایف مدیریت این لحظات امری مسلم است (۱۱، ۱۰) هم‌چنان‌که اطرافیان بیمار در صورت گذراندن این دوران در محیط منزل، باید به این دقایق آگاه باشند و قبلاً آموزش‌های لازم را دریافت کرده باشند (۳۷، ۳۱، ۲۸، ۲۶).

توصیه‌های اسلامی

بنابر توصیه‌های اسلامی از دیدگاه پیروان خاندان گرامی حضرت پیامبر (ص): در جایی که می‌خواهد کسی از دنیا برود، شرایطی ایجاد نکرده که از نزول ملائکه جلوگیری شود زیرا محل جان دادن میت، محل نزول فرشتگان و ارواح مقدس معصومین علیه السلام است.

محتضر را به توبه، توجه به خدا، ایمان به لطف او، ادای حقوق واجبه‌ی مردم و خداوند تذکر دهند.

بر محتضر قرآن قرائت کنند و مستحب است که سوره‌های، یس، صافات، احزاب، آیه الکرسی، آیه پنجاه و چهارم سوره‌ی اعراف و سه آیه‌ی آخر بقره بر بالین محتضر خوانده شود تا زودتر به آرامش برسد.

مستحب است تلقین شهادتین نمایند و در حال احتضار، شهادتین و اقرار به امامت ائمه اثنی عشر علیهم السلام و کلمات فرج را طوری برای محتضر بخوانند که محتضر بشنود.

کراهت دارد که در حال جان‌کندن، بدن محتضر مس شود.

تنها گذاشتن محتضر مکروه است.

پای محتضر را به سمت قبله دراز نمایند.

چیز سنگین روی سینه و بدن محتضر نگذارند.

حرف زدن زیاد و گریه کردن نزد محتضر مکروه است.

تنها گذاشتن زنان در نزد محتضر مکروه است.

جدال نزد محتضر مکروه است.

کودکان در نزد محتضر نباشند.

بہتر است افرادی که بر فرد محتضر وارد می‌شوند، با وضو باشند و حاضر شدن شخص جنب و حائض بر بالین کسی که در حال احتضار است، کراهت دارد.

در صورتی که جان‌کندن محتضر دشوار باشد، بہتر است، در صورتی که اذیت نشود، بستر او را به‌جایی انتقال دهند که همواره در آن جا نماز می‌خوانده است.

مستحب است که بعد از مرگ چشم‌های میت را ببندند و لب و دهانش را روی هم نهاده و دو فک او را با دستمالی ببندند. بہتر است که بعد از مرگ، دو دست میت را به طرف دو پهلویش بکشند.

مستحب است که بعد از مرگ، پاهای میت را بکشند تا راست قرار گیرد و پارچه‌ای روی او بیندازند. مستحب است که مؤمنین را از مرگ میت خبردار کنند تا برای تشییع جنازه‌ی او حاضر شوند.

مستحب است که در تجهیز میت، یعنی غسل دادن، کفن و دفن او عجله کنند، مگر آن‌که در مردن او شک داشته باشند و وضع او از مصادیق مرگ مشتبه باشد که باید در این صورت صبر کنند، تا به مرگ او یقین حاصل نمایند.

مستحب است که اگر میت در شب مرده است در محل جان‌دانش چراغی روشن کنند (۳۹، ۳۸)

مدیریت شرایط

به‌نظر می‌رسد در مورد بیماران لاعلاجی که به مراقبت‌های پایان حیات نیازمندند، مواردی مانند ماهیت بیماری، نحوه‌ی اعلام وضعیت بالینی مریض به خود وی،

بیمار و درک آنان (۴۳-۴۱).

مسائل اخلاقی شیوه‌های طولانی‌کننده‌ی حیات

البته باید اذعان کرد که در مورد بیماران مشرف به موت، به‌ویژه در مورد استفاده از درمان‌ها و شیوه‌های طولانی‌کننده‌ی حیات مسائل اخلاقی و قانونی پیچیده و مبهمی وجود دارد که جوانب آن‌ها به‌خوبی روشن نشده است که مواردی مانند دستور^۳ (DNR)، نحوه‌ی عمل در مورد بیماران^۴ (PVS)، تعریف سطح قابل قبول از کیفیت زندگی و تلاش برای حفظ آن (۴۳-۴۵)، ارائه یا عدم ارائه‌ی مراقبت‌های خاص و توجه به موضوع هزینه - فایده با توجه به هزینه‌های سنگین مراقبت‌ها و... را شامل می‌شوند و وجود این ابهام‌ها باعث سردرگمی کادر پزشکی می‌گردد. بعضی از تحقیقات در این مورد نیز مؤید این سردرگمی‌هاست؛ مثلاً بررسی نظرات کادر درمانی پنج بیمارستان آمریکا، نشان‌دهنده‌ی آن است که ۴۷ درصد از افراد مورد سؤال در مورد مراقبت از بیماران در آستانه مرگ، برخلاف وجدان خود عمل کرده‌اند و ۵۵ درصد نیز گاهی احساس کرده‌اند که درمان‌های سنگین غیر معمول را توصیه کرده‌اند (۴۵).

یک چالش عمده در این زمینه، وجود تضاد و اختلاف عقیده بین کادر پزشکی و اطرافیان بیمار در زمینه‌ی درمان‌هایی است که از نظر کادر پزشکی بی‌فایده یا کم‌فایده است ولی بیمار یا اطرافیان وی درخواست آن‌ها را دارند و در جنبه‌ی عکس موضوع، توصیه‌های پزشکی و درمان‌هایی است که کادر درمانی آن‌ها را مفید می‌داند ولی بیمار یا اطرافیان بیمار به‌خاطر هزینه‌های درمانی، آن‌ها را قبول نمی‌کنند. در چنین مواردی چالش‌های اخلاقی و قانونی وقتی بیش‌تر می‌گردد که بیمار خود مایل به انجام این اقدامات باشد، ولی اطرافیان بیمار از قبول این اقدامات یا انجام اقدامات عملی بعد از قبول ظاهری این اقدامات مضایقه نمایند یا حیثاً قرائنی وجود داشته باشد که حاکی از فشارها و توصیه‌های

شخصیت بیمار و شیوه‌ی کنار آمدن او با وضعیت خود، رفتار اعضای خانواده و کادر پزشکی با بیمار، در مدیریت شرایط نقش تعیین‌کننده‌ای دارند (۴۰، ۱۴، ۱۱، ۱۰). بعضی از بیماران نیازمند مراقبت‌های پایان حیات، اصل مرگ و سپس پذیرش مرگ را به‌عنوان یک مسؤلیت، بعضی دیگر به‌عنوان مانعی غلبه‌ناپذیر، بعضی به‌عنوان قسمتی از زندگی و برخی تنبیه یا اقدامی شجاعانه ارزیابی می‌نمایند (۲، ۱). فهم برداشت‌های بیماران از مرگ و مفهوم آن به کادر پزشکی کمک می‌کند تا واکنش‌های بیماران را نسبت به وخامت اوضاع درک کنند (۲۰، ۱۲، ۱۱، ۲، ۱). در این مرحله از زندگی، معمولاً افرادی که سازگاری خوبی با زندگی نداشتند، و هم‌چنین بیمارانی که روابط پر از تعارض و ناامیدی‌های زیادی در زندگی داشته‌اند، آشفته‌تر هستند (۱۰-۷). در بیمارانی که به انکار وخامت شرایط گرایش دارند، نوعی بازی با مشارکت کادر پزشکی به‌صورت تظاهر متقابل می‌تواند شروع شود. طی این بازی تصنعی، همه‌ی شرکت‌کنندگان در بازی می‌دانند که بیمار در حال مردن است، ولی طوری عمل می‌کنند که انگار چنین نیست. این بازی برای مدتی تلاطم و فشار روانی بر بیمار را کاهش می‌دهد ولی مرحله‌ی نهایی بازی یعنی مرگ و مردن را بسیار دشوار می‌نماید (۱۳، ۱۱، ۱۰).

مجامع تخصصی پزشکی در زمینه‌ی مراقبت‌های پایان حیات سعی در ارائه‌ی چهارچوب‌ها و موازین تخصصی نموده‌اند و کمیته‌ی تخصصی مراقبت‌های پایان حیات در آکادمی ملی علوم آمریکا با گنجانیدن مراقبت‌های پایان زندگی به‌عنوان یک موضوع کیفی در خدمات درمانی، این مراقبت‌ها را در برگیرنده‌ی شش مورد معرفی کرده است: ۱- کیفیت کلی زندگی از نظر جسمی^۱ ۲- عملکرد و احساس مطلوب^۲ ۳- آرامش روحی ۴- درک بیمار از مراقبت‌ها ۵- احساس مطلوب از نظر روانی - اجتماعی ۶- احساس آرامش خانواده

³ Do not resuscitate

⁴ Persistent vegetative state

¹ Quality of life

² Wellbeing

نمایند و خو بگیرند. در واقع، سوگواری نحوه‌ی ابراز افکار و احساسات فرد داغ‌دیده است که از فرهنگی به فرهنگ دیگر تفاوت دارد (۴۷-۴۹).

سوگ معمولاً در سه مرحله‌ی اجتناب، مواجهه و سازگاری صورت می‌گیرد که در هر مرحله عکس‌العمل‌های متفاوتی وجود دارد. معمولاً فرد داغ‌دیده با شنیدن خبر مرگ عزیز خود شوک زده و سپس دچار نابوری و بعد دچار «بی‌حسی هیجانی» می‌شود و در مرحله‌ی مواجهه، فرد سوگوار مواجهه با واقعیت فقدان عزیز خود را آغاز می‌نماید و در نتیجه، سوگ در این مرحله به‌نحو شدیدتری تجربه می‌شود و فرد داغ‌دیده ممکن است واکنش‌های هیجانی متفاوتی، از جمله اضطراب، غم، اعتراض، خشم، درماندگی، ناکامی، دست کشیدن از فعالیت و حسرت کشیدن برای فرد عزیز را نشان دهد. علاوه بر این، امکان دارد فرد سوگوار دچار سردرگمی و حواس پرتی شده و قدرت تمرکز افکار را با اندیشیدن مداوم به متوفی از دست دهد. افراد سوگوار در این مرحله گاهی رفتارهایی مانند خودکشی، پناه بردن به مواد مخدر، مصرف داروهای آرام‌بخش، رانندگی کردن شتابان و... نشان می‌دهند و بی‌خوابی و بی‌اشتهایی موارد متظاهر شایعی هستند. اغلب این پاسخ‌ها نشانه‌های افسردگی و جزء ثابت سوگ هستند (۴۸-۵۱).

گرچه مرحله‌ی مواجهه با مرگ و فقدان فرد متوفی، برای افراد سوگوار از مراحل دیگر سوگ و داغ‌دیدی سخت‌تر، ولی فشار اندوه ناشی از عدم امکان پیوستن دوباره به شخص متوفی، فرد سوگوار را به این واقعیت نزدیک‌تر می‌کند که عزیز وی از دست رفته است و بعد از صدها، یا شاید هزاران لحظه‌ی دردناک از این نوع، افراد خانواده‌ی داغ‌دیده و سایر اطرافیان وی درک می‌کنند که باید از روابط به یادماندنی که با متوفی داشته است، دست بردارند. در مرحله‌ی سازگاری، سوگ فروکش می‌کند و توجه افراد داغدار به دنیای پیرامون بر می‌گردد. انرژی هیجانی صرف فعالیت‌ها و اهداف تازه‌ای

پیدا و ناپیدا به بیمار از طرف اطرافیان برای پذیرش مرگ و پرهیز از طولانی شدن زندگی وجود داشته باشد که چنین مواردی به‌خاطر رسیدن به ارث و دریافت حق بیمه، صرفه‌جویی در هزینه‌های درمانی، احساس درماندگی در مقابل بیمار، احساس ترحم نامعقول نسبت به ناراحتی‌های بیمار یا حتی خستگی در اطرافیان به علت زمین‌گیر شدن بیمار و مراقبت طولانی از وی باشد (۴۷-۴۳) که البته ماهیت و ابعاد این مسائل در جوامع دارای فرهنگ‌ها و باورهای مختلف متفاوت خواهد بود و بر این مبنا نیز، روشن است که کادر پزشکی در جوامع مختلف برای مراقبت‌های پایان حیات با چهارچوب‌های متفاوتی روبه‌رو می‌شوند؛ هم‌چنان که توجه به نظرات گروه پژوهشی Boston، کمیسیون اخلاق پزشکی ریاست جمهوری آمریکا در مورد چهارچوب مسئولیت‌های قانونی پزشکان برای بیماران مشرف به موت، نظرات کمیته‌ی ویژه‌ی سنای آمریکا (۴۶، ۴۵) اظهارنظر^۱ (NHS) در انگلستان (۱۶) و بیانیه‌ی انجمن پزشکی کانادا درباره‌ی اقدامات احیا (۱۹) و نظرات جوامع پزشکی آمریکا نمونه‌هایی از این مواردند.

سوگ اطرافیان و سوگواری

داغ‌دیدگی اطرافیان بیمار پس از مرگ وی و کنار آمدن آنان با مرگ عزیز خود نیز، ادامه‌ی جریان مرگ بیمار است. از دست دادن عزیزان، در واقع به منزله‌ی مفقود شدن بخشی از وجود ما در طول عمرمان است. داغ‌دیدگی، تجربه‌ی از دست دادن فردی عزیز در اثر مرگ است که تلاطمی روحی و عاطفی به‌دنبال می‌آورد و به‌دنبال آن خانواده‌ای که فرد عزیزی را از دست داده است، با سوگ واکنش نشان می‌دهد. منظور از سوگ، پریشانی شدید جسمانی و روانی است و چون سوگ می‌تواند توانگاه و گزنده و جان‌فرسا باشد، جوامع و فرهنگ‌های گوناگون روش‌هایی را ابداع کرده‌اند تا به اعضای خود کمک کنند سوگ را پشت سر گذاشته و به تغییرات زندگی که مرگ فرد عزیز آن را ایجاب و ایجاد می‌کند عادت

^۱ National Health System

در چنین شرایطی بیمار و اطرافیان وی از منظر اخلاق پزشکی حقوق خاصی دارند که باید از آن حقوق برخوردار شوند و پروتکل‌ها و توصیه‌های پزشکی خاصی برای این دوره از زندگی بیمار و اطرافیانش وجود دارد که در برگزیده‌ی مواردی مانند تأمین رضایت بیمار از نوع و کیفیت خدمات پزشکی، استفاده از درمان‌های طولانی‌کننده‌ی حیات، تسکین درد، آرامش‌بخشی به بیمار و اطرافیان وی، نحوه‌ی بیان حقایق بالینی، برخورد با درخواست احتمالی اتانازی یا خودکشی از جانب بیمار، درخواست درمان‌های بی‌فایده یا کم‌فایده، مداخلات اطرافیان بیمار در اقدامات و تصمیم‌گیری‌های پزشکی، مغایرت نظرات پزشکان و خانواده‌ی بیمار و ... است و البته توصیه‌های دینی ارزشمند و عمیقی نیز برای مدیریت این دوره از زندگی بیمار و اطرافیانش در همه‌ی فرهنگ‌ها و به‌ویژه دین اسلام وجود دارد و به‌طور اساسی باید تأکید کرد که فهم کادر پزشکی از برداشت‌های بیماران و اطرافیان بیماران از مرگ و مفهوم آن، کمکی ارزنده برای کادر پزشکی برای مدیریت لحظه‌ای و همچنین آینده‌نگرانه‌ی شرایط و واکنش‌های بیماران برای گذر آرام از این مرحله‌ی پرتلاطم محسوب می‌شود و البته مبانی و کلیات نتیجه‌گیری‌های فوق و مفاهیم مشابه با این موارد، به‌صورت مشترک در باورهای اکثر فرهنگ‌ها و جوامع بشری وجود دارد (۴۸، ۴۷، ۲، ۱).

می‌شود و رابطه‌ی افراد داغدار با متوفی، از حضور فیزیکی به بازنمایی درونی تغییر می‌یابد ولی البته پاسخ قاطعی در مورد مدت ادامه سوگ فرد سوگوار وجود ندارد و شاید سوگ حتی تا چند ماه ادامه یابد و حتی غلیان گاه و بی‌گاه سوگ در افراد داغدار، که در مرحله‌ی سازگاری روی می‌دهد؛ امکان دارد در تمام عمر ادامه داشته باشد (۵۱-۴۹).

بحث و نتیجه‌گیری

در بیماران لاعلاج نیازمند به مراقبت‌های پایان حیات، موضوعاتی مانند ماهیت بیماری، نحوه‌ی اعلام وضعیت بالینی مریض به خود وی، ثبات شخصیتی بیمار، نگرش بیمار به زندگی و مرگ، تجارب دوران حیات، شیوه‌ی کنار آمدن او با وضعیت خود، رفتار اعضای خانواده و کادر پزشکی با بیمار و ... در مدیریت شرایط وقوع مرگ و پس از آن نقش تعیین کننده‌ای دارند.

- Humanit Med 2007; 2: 19.
- 12- Miura H. End-of-life care and ethics in the elderly patients. *Nihon Ronen Igakkai Zasshi* 2008; 45(4): 395-7.
 - 13- Winzelberg GS, Patrick DL, Rhodes LA, Deyo RA. Opportunities and challenges to improving end-of-life care for seriously ill elderly patients: a qualitative study of generalist physicians. *J Palliat Med* 2005; 8(2): 291-9.
 - 14- Johnson KS, Kuchibhatla M, Tulsy JA. What explains racial differences in the use of advance directives and attitudes toward hospice care? *J Am Geriatr Soc* 2008; 56(10): 1953-8.
 - 15- Smith AK, Sudore RL, Pérez-Stable EJ. Palliative care for Latino patients and their families: whenever we prayed, she wept. *JAMA* 2009; 301(10): 1047-57.
 - 16- Kelly L, Linkewich B, Cromarty H, St Pierre-Hansen N, Antone I, Giles C. Palliative care of First Nations people: a qualitative study of bereaved family members. *Can Fam Physician* 2009; 55(4): 394-5.
 - 17- Eng C. Future consideration for improving end-of-life care for older persons: Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE). *J Palliat Med* 2002; 5(2): 305-10.
 - 18- Anonymous. ACP: Ethics and Professionalism- End of Life Care. http://www.acponline.org/clinical_information/resources/end_of_life_care/ (accessed in 2011)
 - 19- Worth A, Irshad T, Bhopal R, Brown D, Lawton J, Grant E. et al. Vulnerability and access to care for South Asian Sikh and Muslim patients with life limiting illness in Scotland: prospective longitudinal qualitative study. *BMJ* 2009; 338: b183.
 - 20- Lynn J. Lessons from the end of life in the program of all-inclusive care of the elderly. *Med Care* 2002; 40(12): 1133-5.
 - 21- Miura H, Ota T. End-of-life care in the elderly patients--resolving ethical dilemmas in Japan. *Nihon Ronen Igakkai Zasshi* 2007; 44(2): 162-4.
 - 22- Wilson J. To know or not to know?
- منابع
- 1- Perkins HS, Cortez JD, Hazuda HP. Cultural beliefs about a patient's right time to die: an exploratory study. *J Gen Intern Med* 2009; 24 (11): 1240-7.
 - 2- Toscani F, Borreani C, Boeri P, Miccinesi G. Life at the end of life: beliefs about individual life after death and "good death" models - a qualitative study. *Health Qual Life Outcomes* 2003; 1: 65.
 - 3- Wright AA, Zhang B, Ray A, et al. Associations between end-of-life discussions, patient mental health, medical care near death, and caregiver bereavement adjustment. *JAMA* 2008; 300(14): 1665-73.
 - 4- Campbell A, Gillett G, Jones G. Medical ethics: ending of human lives. UK: Oxford University Press; 2001, p. 200-15.
 - ۵- مجلسی م ب. بحارالانوار. دارالکتب الاسلامیه و انتشارات اسلامیة. تهران. جلد ششم، ص ۱۸۸-۱۵۸.
 - 6- Kelly L, Minty A. End-of-life issues for aboriginal patients: a literature review. *Can Fam Physician* 2007; 53(9): 1459-65.
 - 7- Volker DL. Control and end-of-life care: does ethnicity matter? *Am J Hosp Palliat Care* 2005; 22(6): 442-6.
 - 8- Shrank WH, Kutner JS, Richardson T, Mularski RA, Fischer S, Kagawa-Singer M. Focus group findings about the influence of culture on communication preferences in end-of-life care. *J Gen Intern Med* 2005; 20(8): 703-9.
 - 9- Haras MS. End of life issues and advance care planning in the elderly patient. *Nephrol Nurs J* 2007; 34(5): 544-6.
 - 10- Mizukawa S. A survey on the view of end-of-life care in the elderly -a comparison among elderly patients, family members, physicians, nurses, and other caregivers. *Nihon Ronen Igakkai Zasshi* 2008; 45(1): 50-8.
 - 11- Verheijde JL, Rady MY, McGregor JL. The United States Revised Uniform Anatomical Gift Act (2006): new challenges to balancing patient rights and physician responsibilities. *Philos Ethics*

- 34- Curtis JR, Vincent JL. Ethics and end-of-life care for adults in the intensive care unit. *Lancet* 2010; 376 (9749): 1347-53.
- 35- Pham K, Thornton JD, Engelberg RA, Jackson JC, Curtis JR. Alterations during medical interpretation of ICU family conferences that interfere with or enhance communication. *Chest* 2008; 134(1): 109-16.
- 36- Cohen J, Bilsen J, Miccinesi G, et al. Using death certificate data to study place of death in 9 European countries: opportunities and weaknesses. *BMC Public Health* 2007; 7: 283.
- 37- Radwany S, Albanese T, Clough L, Sims L, Mason H, Jahangiri S. End-of-life decision making and emotional burden: placing family meetings in context. *Am J Hosp Palliat Care* 2009; 26(5): 376-83.
- ۳۸- تحریرالوسیله امام خمینی (ره). ترجمه ی موسوی همدانی س م ب. قم: مؤسسه انتشارات دارالعلم؛ ۱۳۸۵، جلد یک، ص ۸- ۹۷.
- ۳۹- بخشا ف، کوچکی ق م. رعایت آداب شرع مقدس اسلام اسلام بر فرد محضر توسط کادر بیمارستانی از نظر اخلاق پزشکی. کتاب خلاصه مقالات همایش سراسری اخلاق کاربردی حرفه ای. دانشگاه علوم پزشکی گلستان؛ ۱۳۸۹، ۷-۹۶.
- 40- Machare Delgado E, Callahan A, Paganelli G, Reville B, Parks SM, Marik PE. Multidisciplinary family meetings in the ICU facilitate end-of-life decision making. *Am J Hosp Palliat Care* 2009; 26(4): 295-302.
- 41- Crawley LM, Marshall PA, Lo B, Koenig BA. End-of-life care Consensus Panel. Strategies for culturally effective end-of-life care. *Ann Intern Med* 2002; 136(9): 673-9.
- 42- Quill TE, Byock IR. Responding to intractable terminal suffering: the role of terminal sedation and voluntary refusal of food and fluids. ACP-ASIM End-of-Life Care Consensus Panel. American College of Physicians-American Society of Internal Genetic ignorance, autonomy and paternalism. *Bioethics* 2005; 19(5-6): 492-504.
- 23- Fritz M. Last rights: how simple device set off a fight over elderly care; invented for younger patients, feeding tube now figures in end-of-life debate. *Wall St J (East Ed)*. 2005: A1, A10.
- 24- Rodriguez KL, Young AJ. Perspectives of elderly veterans regarding communication with medical providers about end-of-life care. *J Palliat Med* 2005; 8(3): 534-44.
- 25- Hirakawa Y. Standardization and individualization of end-of-life care for elderly at long-term care facilities. *Nihon Ronen Igakkai Zasshi* 2008; 45(3): 343.
- 26- Lemiale V, Kentish-Barnes N, Chaize M, et al. Health-related quality of life in family members of intensive care unit patients. *J Palliat Med* 2010; 13(9): 1131-7.
- 27- Lorenz KA, Lynn J, Dy SM, et al. Evidence for improving palliative care at the end of life: a systematic review. *Ann Intern Med* 2008; 148(2): 147-59.
- 28- Dumont S, Fillion L, Gagnon P, Bernier N. A new tool to assess family caregivers' burden during end-of-life care. *J Palliat Care* 2008; 24(3): 151-61.
- 29- Luhrs CA, Penrod JD. End-of-life care pathways. *Curr Opin Support Palliat Care* 2007; 1(3): 198-201.
- 30- Jacobowski NL, Girard TD, Mulder JA, Ely EW. Communication in critical care: family rounds in the intensive care unit. *Am J Crit Care* 2010; 19(5): 421-30.
- 31- Vitacca M, Grassi M, Barbano L, et al. Last 3 months of life in home-ventilated patients: the family perception. *Eur Respir J* 2010; 35 (5): 1064-71.
- 32- Carr D, Moorman SM. End-of-Life Treatment Preferences Among Older Adults: An Assessment of Psychosocial Influences. *Sociol Forum* 2009; 24(4): 754-78.
- 33- Kross EK, Engelberg RA, Shannon SE, Curtis JR. Potential for response bias in family surveys about end-of-life care in the ICU. *Chest* 2009; 136(6): 1496-502.

- ۴۷- کشفی ع ر. تحلیلی فلسفی از رنج روان شناختی بیماران در آستانه مرگ و جایگاه آن در اخلاق پزشکی. مجله دیابت و لیپید ایران ۱۳۸۶؛ دوره ۷ (شماره ۳) (ویژه نامه اخلاق پزشکی): ۳۷-۴۵.
- ۴۸- اونا نومو میگل د. درد جاودانگی (سرشت سوگناک زندگی). ترجمه ی خرمشاهی ب ا. تهران: نشر البرز؛ ۱۳۷۰.
- 49- Contro NA, Larson J, Scofield S, Sourkes B, Cohen HJ. Hospital staff and family perspectives regarding quality of pediatric palliative care. *Pediatrics* 2004; 114(5): 1248-52.
- 50- Templer DI, Lavoie M, Chalgujian H, Thomas-Dobson S. The measurement of death depression. *J Clin Psychol* 1990; 46(6): 834-9.
- 51- Sachedina AA. End of Life Ethical Issues and Islamic View. www.iaari.hbi.ir/journal/archive/articles/v6s5zah.pdf (accessed in 2011)
- ۵۲- کاظمی ع ا. محیط پزشکی، بیمار و خبر بد. گام‌های توسعه در آموزش پزشکی ۱۳۸۶؛ دوره ۴ (شماره ۲): ۹-۱۳۳.
- Medicine. *Ann Intern Med* 2000; 132(5): 408-14.
- 43- Meisel A, Snyder L, Quill T. American College of Physicians--American Society of Internal Medicine End-of-Life Care Consensus Panel. Seven legal barriers to end-of-life care: myths, realities, and grains of truth. *JAMA* 2000; 284(19): 2495-501.
- 44- Post SG. Baby K: medical futility and the free exercise of religion. *J Law Med Ethics* 1995; 23(1): 20-6.
- ۴۵- لاریجانی ب، جعفریان ع، کاظمیان ع، صدر حسینی س م. پزشک و ملاحظات اخلاقی. تهران: برای فردا؛ ۱۳۸۳، جلد دوم، ص ۴-۱۵۱.
- 46- Anonymous. Senate of Canada. Of life and death. Report of the Special senate Committee on Euthanasia and Assisted Suicide. Ottawa: Supply and Services Canada 1995. Cat No. YC2.351/1. OIE. www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/351/euth/rep /lad-tc-e.htm (accessed in 2011)