



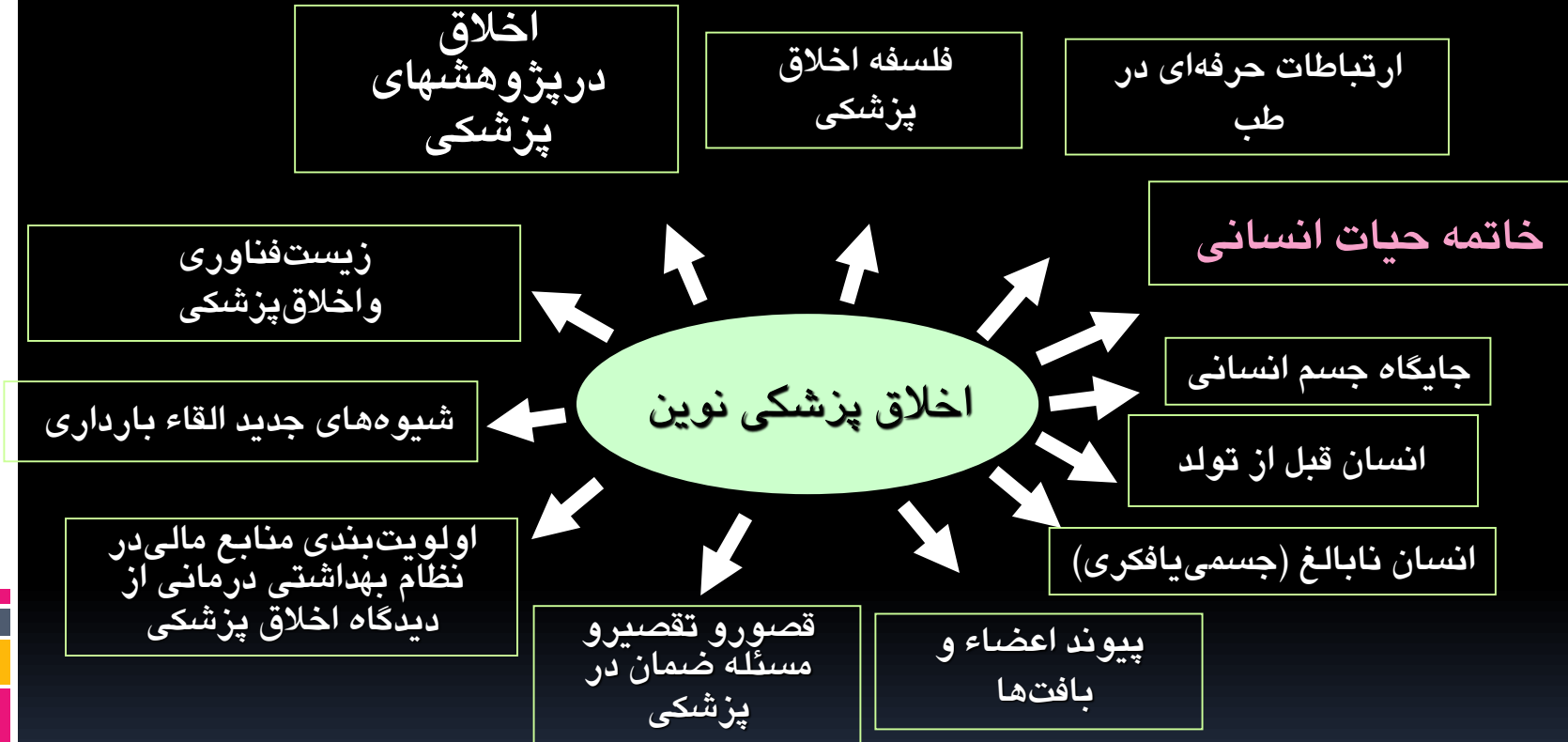
# مراقبت‌های پایان زندگی و بیماری در مراحل انتهایی

دکتر الهام معظم

متخصص طب پیشگیری و پزشکی اجتماعی



## موضوعات مطرح در اخلاق پزشکی نوین



\* لاریجانی باقر، پزشک و ملاحظات اخلاقی، ۱۳۸۲

\* لاریجانی باقر، مجموعه مقالات اخلاق پزشکی، اخلاق در پژوهش، ۱۳۷۳

# بیماری در مراحل انتهایی:

- تعریف بیماری انتهایی به ظاهر ساده، واضح و قابل فهم است.
  - برای اطلاق عنوان بیماری‌های انتهایی، شرایطی باید وجود داشته باشد:
    - وجود بیماری پیشرفته، پیشرونده، سخت درمان
    - عدم پاسخگویی منطقی به درمان
    - وجود علائم متعدد، در حال تغییر، شدید یا مشکلات با منشاء چند عاملی
    - تأثیر عاطفی بزرگ بر بیمار، خانواده و مراقبین
    - امید به زندگی شش ماه یا کمتر (برخی منابع یکسال)
- این وضعیت پیچیده نیازمند ارائه بی وقفه مراقبت و حمایت مناسب است.
- می‌توان این تعریف را به عنوان یک راهنما پذیرفت، اما نباید به عنوان اصل مسلم و غیر قابل انعطاف در نظر گرفته شود.

## مراقبت پایان زندگی<sup>2</sup>:

- بیماران مراحل انتهایی به خدمات و مراقبت‌های پزشکی نیاز دارند که تحت عنوان مراقبت‌های پایان زندگی نامیده می‌شود.
- بنا به تعریف سازمان بهداشت جهانی، EOL در برگیرنده همه اقدامات فعال و جامع برای کاستن از رنج و درد و بهبود کیفیت زندگی در بیمارانی است که بیماری پیشرفته، پیشرونده و غیرقابل درمان دارند.
- هدف EOL چیزی فراتر از ایجاد مرگ راحت است و این رویکرد توجه دقیق به درد و سایر نشانه‌ها، حمایت عاطفی، معنوی، نیازهای فرهنگی و بهبود وضعیت عملکردی بیماران دارد.
- حیطه‌های EOL شامل برنامه ریزی مراقبتی پیشرفته، حمایت جسمانی و عاطفی و حمایت اجتماعی، داغ دیدگی و حمایت معنوی می‌باشند. از این رو، EOL تنها در تسکین درد بیمار خلاصه نمی‌شود، بلکه زمینه روانی را برای پذیرش مرگ در بیمار تسهیل می‌نماید.

# بیماری مراحل انتهایی:

پایان زندگی		مرحله مرگ		
احتمال زیاد مرگ در ۶ ماه تا یک سال آینده ، البته احتمال زنده ماندن فرد تا چند سال هم وجود دارد.	ماه‌های آخر ۲-۹ ماه	هفته‌های آخر ۱-۸ هفته	روزهای آخر ۲-۱۴ روز	ساعات پایانی ۰-۴۸ ساعت
<b>بیماری مهاجم</b> بیماری در حال پیشرفت و غیر قابل بازگشت است. تاثیرات درمان کاهش می یابد.	<b>تغییرات بیماری</b> فواید درمان کمتر مشخص است. مخاطرات درمان کمتر قابل تحمل است.	<b>بهبود نامحتمل</b> خطر مرگ در حال افزایش است.	<b>آغاز فرآیند مرگ</b> وضعیت فرد هفتگی یا روزانه در حال بدتر شدن است	<b>مرگ فعال</b> وضعیت جسمی تحلیل می رود. بیمار میمیرد.

# اهمیت:

- مراقبت از پایان زندگی مراقبتی است که همه ما را تحت تاثیر قرار می دهد و پاسخی به یک بیماری یا شرایط خاص نیست.
- همه خواهند مرد؛ بنابراین، شناخت آن برای همه ما مرتبط و مهم است. مرگ اجتناب ناپذیر است؛ با این حال، می توانیم نحوه صحبت/مدیریت پایان زندگی، مرگ و سوگواری و نحوه برنامه ریزی، مراقبت و حمایت از کسانی که در حال مرگ هستند، از جمله کسانی که به آنها نزدیک هستند، مانند خانواده ها/مراقبان شان، تغییر دهیم.

# چالش های مراقبت های پایان زندگی

- تشخیص زمان مرگ یا عدم پاسخ به درمان
- رضایت بیمار از نوع و کیفیت خدمات پزشکی
- استفاده از درمانهای طولانی کننده ی حیات
- بیان حقایق بالینی به بیمار
- برخورد با درخواست اتانازی یا خودکشی از جانب بیمار
- درخواست درمانهای بی فایده یا کم فایده
- مداخلات اطرافیان بیمار
- مغایرت نظرات پزشکان و خانواده ی بیمار و...

## برخورد با چالش‌ها:

- شدت و نحوه برخورد با چالش‌های اخلاقی مترتب بر EOL در جوامع مختلف متفاوت است.
- تحقیقات انجام شده در حوزه‌ی سلامت نشان می‌دهد که تفاوت‌های موجود در این زمینه بیشتر متأثر از ویژگی‌های متفاوت فرهنگی، اجتماعی و مذهبی است.



## تشخیص مرگ یا عدم پاسخ به درمان:

گام اول برای ارائه مراقبت‌های پایان زندگی و ارتقای کیفیت آن، شناخت نزدیکی زمان مرگ یا مرحله انتهایی بیماری (**End Stage Terminal Disease**) است. شناخت این زمان جهت بیماران و خانواده‌های آنها نیز از نظر آمادگی برای خداحافظی با عزیزان و آماده شدن برای رویارویی با مرگ مهم است.



"Well, it's not a good sign, that's for sure ... "

## تشخیص نزدیکی زمان مرگ:

- هرچند مدل‌های پیش‌آگهی متعددی بدین منظور طراحی و پیشنهاد شده است، هنوز هم مهارت فردی درمانگران رکن اصلی این ارزیابی است.
- تا به امروز هیچ مشخصه بالینی برای پیش‌بینی زمان مرگ شناخته نشده‌است. بطور سنتی، تعدادی از علائم بیمار از جمله ضعف شدید، وضعیت کما یا وابسته به تخت بودن، محدودیت در مصرف غذا، تغییر در الگوی تنفس، تغییرات پوستی، نبض ضعیف، افت فشار خون و سایر علائم به عنوان شاخص‌های نزدیکی زمان مرگ است. با این حال خطاهای زیادی در توان تشخیص مرحله انتهایی بیماری چه با تکیه بر نظر متخصصان و چه بکارگیری این مدل‌ها وجود دارد.

## تشخیص نزدیکی زمان مرگ:

هیچ راه دقیقی برای تشخیص زمانی که یک بیمار در آخرین روزهای زندگی است یا زمانی که بیمار در واقع می‌میرد، وجود ندارد.

استفاده از ابزارهای پیش آگهی مبتنی بر شواهد در کنار توافق و اجماع متخصصان مرتبط، اغلب در تعیین این زمان کمک کننده است. هرچند با لحاظ کلیه شرایط، بازهم ممکن است این تخمین ها دقیق نباشد و بیمار ساعت‌ها یا روزها پس از انتساب به این مرحله زنده مانده یا در موارد نادرى حتى بهبود یابد.

موضوع عدم قطعیت بالینی در تخمین مرحله پایان زندگی موضوع مهمی است که عدم برخورد صحیح با آن می تواند دعاوی حقوقی بعدی به دنبال داشته باشد.

Palliative Prognostic Score (PaP score) [22]	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 6 variables (clinician prediction of survival, Karnofsky performance status, anorexia, dyspnoea, total white blood count and lymphocyte percentage)</li> <li>- Subdivided patients into 3 risk groups on the probability of survival at 30 days (group A: 86.6 %, Group B: 51.6 %, Group C: 16.9 %)</li> <li>- Not included delirium which divided patients into 2 further prognostic subgroups</li> </ul>
Palliative Prognostic Index (PPI) [23]	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 5 variables (performance status, oral intake, oedema, dyspnoea at rest and delirium)</li> <li>- PPI of &gt;4 as a cut-off, positive predictive value (PPV) for 6-week survival: 0.86; negative predictive value (NPV): 0.70</li> <li>- No reference to clinician estimates of survival</li> <li>- No differentiation in cause of delirium: reversible or not, drug related</li> </ul>
Delirium-Palliative Prognostic Score (D-PaP score) [25]	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incorporate delirium into PaP score</li> <li>- Results showed that D-PaP accuracy was substantially superimposable with that of the original PaP and did not highlight any potential advantage of the modified score over the original version in clinical practice.</li> </ul>
Modified Prognosis in Palliative Care Study predictor model (PiPS model) [26]	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Combination of clinical and laboratory variables</li> <li>- Variables include diagnosis (male genital organs, distant metastasis, bone metastasis), symptoms (mental test score, pulse, anorexia, fatigue), general health (Eastern Cooperative Oncology Group ECOG performance status, global health status), blood tests (WBC, neutrophils, lymphocytes, platelets, urea, ALT, ALP, albumin, CRP)</li> <li>- use in clinical practice has not yet been properly evaluated</li> </ul>
Charlson comorbidity index [27]	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Involve 17 comorbidities identified, which help predict survival</li> <li>- If measurement is over a short period of time, may include complications which would over-estimate the burden of disease.</li> </ul>
Palliative Performance scale [28]	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Meta-analysis showed that PPS had a statistically significant relationship with survival (<math>p &lt; 0.0001</math>). Higher PPS scores were associated with longer survival.</li> <li>- Need further work to improve predictive accuracy</li> </ul>
Glasgow prognostic score [29]	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A systemic inflammation based scoring system</li> <li>- 2 variables: C-reactive protein level, serum albumin level</li> <li>- Act as a simple objective framework for the investigation and treatment of cancer cachexia</li> <li>- Limitations: <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Not all patients with GPS score 2 would be refractory to the multimodality treatment for cancer cachexia</li> <li>■ Not able to capture all effects of cancer cachexic, e.g. functional status, lean body mass</li> </ul> </li> </ul>
Chuang prognostic score [30]	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 8 variables (lung metastasis, liver metastasis, tiredness, ascites, oedema, cognitive impairment, weight loss and ECOG performance status)</li> <li>- Patients with a score of &gt;3.5 are predicted to survive for &lt;2 weeks with an accuracy of 0.61 (PPV 0.63 and NPV 0.60).</li> <li>- unclear how clinically useful to distinguish between patients with a prognosis of 1 or 2 weeks</li> </ul>
Objective Palliative Prognostic Score [31]	<ul style="list-style-type: none"> <li>- six objective predictors (heart rate &gt;120/min, white blood cells &gt;11,000/mm<sup>3</sup>, platelets &lt;130,000/mm<sup>3</sup>, serum creatinine level &gt;1.3 mg/dL, serum potassium level &gt;5 mg/dL, and no history of chemotherapy)</li> <li>- If any three predictors of the six were reached, death within seven days was predicted with 68.8% sensitivity, 86.0% specificity, 55.0% positive predictive value, and 91.4%</li> </ul>

## مسئولیت قطع درمان با کیست؟

- بحث در مورد توقف درمان برای درمانگران دشوار و از نظر احساسی چالش زا است. با این حال برای اجتناب از ادامه درمان نامناسب و غیرکارآمد، پزشک و بیمار یا خانواده او باید در خصوص توقف درمان به طور شفاف صحبت کنند و همزمان به توافق برسند که پایان زندگی نزدیک است.
- تصمیم گیری در خصوص قطع درمان در تداوم مراحل مراقبت بیمار ارزیابی می شود. روند خروج از درمان در خلال جلسات متعدد اجماع متخصصین حاصل می شود و کمتر یک تصمیم تک مرحله ای است. معمولاً در طی ارزیابی های مکرر بیمار و پس از ارزیابی نتایج فرآیندهای مختلف درمانی برای قطع درمان تصمیم گیری می شود. این تصمیم بسیار تحت تاثیر نگرش ها و ترجیحات بیمار است.

## استفاده از درمان‌های طولانی‌کننده‌ی حیات ( Life-Sustaining Medical Treatment ):

با پیشرفت فناوری و گسترش مراقبت‌های پزشکی و تجهیزات پیشرفته در اواسط قرن بیستم میلادی، نگرشی در جامعه تسری یافت مبنی بر این‌که بسیاری از بیماری‌ها قابل درمان است و مرگ بیمار را می‌توان به تعویق انداخت.

متناظر با این نگرش، پزشکان نیز در برخورد با بیماران مراحل انتهایی رویکردی را در پیش گرفتند که برای زنده نگهداشتن این بیماران "هرکاری که ممکن است" را انجام دهند.

بزودی مشخص شد که استفاده از فن‌آوری‌های پیشرفته برای حفظ حیات، برعکس، می‌تواند مرگی کمتر انسانی را رقم بزند.

## قطع درمان:

هنگامی که بیمار و پزشک هردو اتفاق نظر دارند که انجام یا شروع مداخله جدید، فایده اضافهای ندارد، قطع درمان ساده به نظر می‌رسد، با این حال روند رایج در مراکز درمانی، تداوم چنین درمان‌هایی است.

برای مثال بر اساس نتایج مطالعه‌ای در اروپا، تصمیم‌گیری منجر به قطع درمان‌های طولانی‌کننده حیات تنها در ۴ درصد از موارد در ایتالیا، ۱۴ تا ۱۵ درصد در دانمارک، سوئد و بلژیک، ۲۰ درصد در هلند و ۲۸ درصد در سوئیس، صورت گرفته بود.

# دین و مذهب:

- مطالعات متعدد نشان داده‌اند، دین و معنویت عوامل مهمی است که تصمیم‌گیری‌های پزشکی در خصوص درمان‌های طولانی‌کننده حیات را تحت تاثیر قرار می‌دهد.
- برخی ادیان و فرهنگ‌ها به جای تمرکز بر قطع درمان‌های طولانی‌کننده حیات، اصولاً بر شروع نکردن چنین درمان‌هایی تاکید دارند. دین اسلام، یهود و ادیان ارتدوکس یونان چنین دیدگاهی دارند.
- از منظر دین اسلام، به راحتی نمی‌توان تصمیم به قطع درمان‌های نگهدارنده حیات گرفت ولی باید از طولانی نمودن فرآیند مرگ نیز خودداری شود.
- در دین اسلام حیات موهبتی الهی است بنابراین اگر درمان موثری وجود داشته باشد، پزشک با درخواست بیمار نیز مجاز به قطع آن نیست. بیمار نیز در صورت امتناع از درمان موثر در پیشگاه الهی مسئول است. با این حال، اگر هیچ توجیه درمانی برای ادامه درمان وجود نداشته و تنها با درمان پروسه مرگ طولانی شود، اسلام احتمالاً با قطع چنین درمانی و اقدامات تسکینی مخالف نیست.





سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران

**راهنمای عمومی اخلاق حرفه‌ای  
شاغلین حرف پزشکی و  
وابسته‌ی سازمان نظام پزشکی  
جمهوری اسلامی ایران**

۱۳۹۷



## راهنماهای اخلاقی کشوری در موضوع مراقبت‌های حمایتی تسکینی در بیماران در مراحل پایانی حیات

تدوین شده توسط:

گروه اخلاق پزشکی پژوهشگاه علوم غدد و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران  
با حمایت دفتر سازمان جهانی سلامت در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

و همکاری:

گروه اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمان  
مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران  
فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران

# فهرست

- ۹.....قانون تشکیل سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران  
فصل اول / تعریف، اهداف  
فصل دوم / وظایف و اختیارات  
فصل سوم / شرایط عضویت  
فصل چهارم / ارکان  
فصل پنجم / انتخابات  
فصل ششم / هیأت‌های انتظامی پزشکی
- ۲۳.....سیاست‌های کلان سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران
- آیین‌نامه استانداردسازی تابلوها و سرنسخه‌های مؤسسات پزشکی، شاغلان حرف پزشکی  
و وابسته پزشکی ..... ۲۹
- دستورالعمل نحوه تبلیغ و آگهی‌های دارویی و مواد خوراکی، آشامیدنی، آرایشی، بهداشتی  
و امور پزشکی ..... ۴۷  
فصل اول / تبلیغ دارو و مواد خوراکی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی  
فصل دوم - تبلیغ امور پزشکی
- آیین‌نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلین حرفه‌های پزشکی و وابسته  
در سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران ..... ۵۳
- ۵۴.....فصل اول / تعریف، شرح وظایف و تخلفات صنفی و حرفه‌ای
- ۶۰.....فصل دوم / مجازات‌های انتظامی
- ۶۲.....آئین رسیدگی دادسراها و هیأت‌های انتظامی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران
- ۶۴.....باب اول / دادسرای انتظامی  
فصل اول - وظایف و تشکیلات  
فصل دوم - در احضار شاکی و مشتکی عنه و ترتیب ابلاغ  
فصل سوم - اقدامات دادسرا پس از خاتمه تحقیقات
- ۷۲.....باب دوم / هیأت بدوی انتظامی  
فصل اول - حوزه صلاحیت  
فصل دوم - سازمان و تشکیلات هیأت بدوی انتظامی  
فصل سوم - نحوه رسیدگی هیأت بدوی انتظامی
- ۷۷.....باب سوم / هیأت تجدیدنظر انتظامی  
فصل اول - آرای قابل تجدیدنظر  
فصل دوم - اشخاص ذینفع جهت درخواست تجدید نظر  
فصل سوم - درخواست تجدید نظر و مقدمات رسیدگی

## قوانین نظام پزشکی

شمارگان: ۱۵ هزار نسخه  
قیمت: ۴۵۰۰ تومان  
چاپ اول  
پانیز ۱۳۹۰  
ناشر: پیشگامان توسعه



سازمان نظام پزشکی

# قوانین کشوری:

• در سیاست‌گذاری‌های کشور ما بر ارائه خدمات تسکینی و نیز طولانی نشدن روند طبیعی مرگ و احتضار بیماران تأکید می‌شود. (۱۶) در منشور حقوق بیماران ایران نیز به حق بیمار برای دریافت مراقبت‌های تسکینی در مراحل پایانی به جای استفاده از درمان‌های طولانی‌کننده حیات تأکید شده است. در بند ۱۴ این منشور به این موضوع اشاره دارد: "در مراحل پایانی حیات که وضعیت بیماری غیر قابل برگشت و مرگ بیمار قریب الوقوع می‌باشد مراقبت با هدف حفظ آسایش وی ارایه‌گردد. منظور از آسایش کاهش درد و رنج بیمار، توجه به نیازهای روانی، اجتماعی، معنوی و عاطفی وی و خانواده‌اش در زمان احتضار می‌باشد. بیمار در حال احتضار حق دارد در آخرین لحظات زندگی خویش با فردی که می‌خواهد همراه گردد." بر اساس ماده ۶۹ راهنمای عمومی اخلاق حرفه‌ای شاغلین حرف پزشکی، درمانگران مکلفند به حق بیمار برای خودداری از درمان‌های پیشنهادی، احترام بگذارند.

## قطع درمان بیفایده:

اگر بی‌فایده بودن درمان‌های طولانی‌کننده حیات جهت تیم پزشکی محرز باشد، مساله ساده‌تر به نظر می‌رسد، زیرا از نظر اخلاقی پزشکان لازم نیست درمانی را که برای بیمار بیفایده یا بی‌تاثیر می‌دانند، حتی اگر بیمار یا خانواده او طلب کنند، ارائه کنند.

باید در نظر داشت که در هر حال باید منافع بیمار و شرایط بالینی راهنمای موضوعات حقوقی و قانونی باشد، نه این که تصمیم‌گیری بالینی تابع شرایط حقوقی باشد.

# فرآیند تخصیص مرخصی پیمان تنگی / نیاز به مراقبت های پیمان تنگی

وختامت حال بیمار در حدی است که نزدیکی به مراحل پایان زندگی یا عدم پاسخ به درمان را محتمل می نماید.

## ارزیابی توسط تیم تخصصی MDT

- آیا احتمال وجود شرایط قابل برگشت وجود دارد؟ مثل مصرف اپیوید، عفونت، تارسایی کلیه و...
- احتمال این که بیمار مشرف به موت باشد وجود دارد؟
- آیا ارجام به تیم تخصصی لازم است؟ (تیم مراقبت تسکیتی یا مشاوره از دید فرد ثالث)

بیمار مشرف به موت یا درمان ناپذیر است.  
(در روزها یا ساعات انتهای زندگی)

مشاوره با بیمار، خانواده و مراقبین با محوریت تبیین مرگه قریب الوقوع و آماده کردن آن ها برای پذیرش مرگه و شرایط بیمار

مشاوره با بیمار، خانواده و مراقبین در خصوص مراقبت های پایان زندگی

اجرای مراقبت های پایان زندگی در کنار ارزیابی های مستمر شرایط بیمار

بیمار مشرف به موت یا درمان ناپذیر **نیست**.  
(در روزها یا ساعات انتهای زندگی)

بازبینی برنامه مراقبت درمانی بیمار

مشاوره با بیمار، خانواده و مراقبین در خصوص روش درمانی جدید یا تغییر مداخلات درمانی

ارزیابی مجدد توسط تیم تخصصی MDT به همراه بازبینی برنامه مراقبت فعلی در صورتی که 1 یا بیشتر از شرایط زیر حادث گردد:

3 روز از آخرین ارزیابی گذشته باشد.

و  
یا

نگرانی ها و ابهاماتی در خصوص درمان، از طرف بیمار، خانواده، مراقب یا تیم درمانی مطرح شده باشد.

و  
یا

افزایشی در سطح هوشیاری، توانایی حرکتی، خوردن از راه دهان، انجام مراقبت از خود رخ داده باشد.

تیم مشاوره مراقبت تسکیتی در شرایط نیاز (مشکل در کنترل علائم بیمار یا ارتباط با او در دسترس هستند.

شماره تماس:

ارزیابی

تخصیص گریه  
ناهایی

ارتباط

مراقبت

ارزیابی مجدد

# حق خودمختاری یا اتونومی:

- در پزشکی نوین احترام به اتونومی یا حق خودمختاری بیمار به عنوان یکی از ارکان مهم ارتباط پزشک و بیمار و از اصول مهم اخلاق زیستی شمرده می‌شود. با این حال تعریف یکسان و مورد توافقی از خودمختاری بیمار وجود ندارد.
- بیمار حق دارد، دربارهی مراقبت‌های پزشکی خود تصمیم بگیرد. اصل احترام به اتونومی مستلزم این است که پزشک اطلاعات کافی را در اختیار بیمار قرار دهد و به تصمیم او احترام بگذارد. در منشور حقوق بیمار کشور ما نیز به حق اختیار فردی و خودمختاری بیماران توجه ویژه‌ای شده است.
- اتونومی بیمار در برخی شرایط با محدودیت‌هایی روبرو است. برای مثال با وجودی که حق بیمار و خانواده او در انتخاب درمان‌های گران و بیفایده باید محترم شمرده شود ولی در تخصیص منابع محدود نظام سلامت، منافع چنین درمان‌هایی باید در برابر هزینه تحمیلی به نظام سلامت ارزش‌گذاری شود.

آقای «ک» ۶۸ ساله ایست که سابقه مصرف ۱۰۰ بسته سیگار در سال دارد و مبتلا به بیماری مزمن انسدادی ریه (COPD)<sup>(۱)</sup> می باشد. او را با علائم پنومونی و نارسائی تنفسی به اورژانس می آورند. در سابقه قبلی او ۴ بار لوله گذاری تراشه برای درمان نارسائی تنفسی ذکر شده است، در خانه اکسیژن مصرف می کند و در حال استراحت هم تنگی نفس دارد. اکنون او دچار هیپوکسمی و هیپرکاپنی است و در وضعیت دلیریوم<sup>(۲)</sup> به سر می برد. پزشک اورژانس با اکسیژن، سالبوتامول و استروئید سعی در پایدار کردن شرایط بیمار دارد ولی وضعیت تنفسی وی بدتر می شود. پزشک، خانواده او را پیدا نمی کند لذا با متخصص ریه و پزشک خانوادگی وی تماس گرفته درباره مذاکره با بیمار برای لوله گذاری مجدد تراشه سؤال می کند. آنان نیز می گویند در این باره با وی صحبت نکرده اند. پزشک اورژانس علیرغم اینکه به خاطر ندانستن تعایل بیمار ناراحت است تصمیم به لوله گذاری گرفته او را تحت حمایت تنفسی قرار می دهد.



# وصیت پزشکی:

• در بیماران مراحل انتهایی و EOL با وخیم‌تر شدن وضعیت بیماری، ممکن است با محدودیت ظرفیت تصمیم‌گیری بیمار مواجه شویم. در چنین شرایطی جهت از اطمینان از مشارکت بیمار در فرآیند تصمیم‌گیری و لحاظ ترجیحات و انتخاب‌های او می‌توان از تصمیم‌گیری نیابتی استفاده کرد. به شکلی که فرد جایگزینی که از ترجیحات بیمار آگاه است، به جای او تصمیم‌گیری کند. البته اطمینان از این که بیمار در این زمان و شرایط موجود چه ترجیحی دارد، حتی اگر از قبل اشاراتی نیز به ترجیحات خود داشته باشد، دشوار است. چه بسا در شرایط واقعی ارزش‌ها و خواسته‌های محسوس و عینی بیمار با خواسته‌های ذهنی قبلی بیمار در تعارض باشد. گاهی نیز تصمیم‌گیرنده جایگزین، صلاح‌دید بیمار را از منظر خود و با تکیه بر ذهنیت خود از ترجیحات بیمار در آن شرایط تفسیر می‌کند. رویکرد دیگری که جهت اطمینان از مشارکت بیمار بکار گرفته می‌شود، بهره‌گیری از راهنمای پیشینی مراقبت یا وصیت پزشکی Advance Directive است. در این روش، نظر و ترجیح بیمار در خصوص مراقبت‌های پایان زندگی از قبل تعیین شده و ملاک تصمیم‌گیری در مراحل انتهایی بیماری او خواهد شد.

## جایگاه وصیت پزشکی در کشور ما:

- در کشور ما، استفاده از راهنمای پیشینی برای اطلاع رسانی در خصوص ترجیحات بیماران قبل از وخامت بیماری مرسوم نیست و پزشکان نیز مستنداتی در این زمینه تهیه نمی‌کنند.
- در منشور حقوق بیمار ایران راهنمای پسینی مراقبت به طور ضمنی به رسمیت شناخته شده است. بر اساس این منشور "اعلام نظر قبلی بیمار در مورد اقدامات درمانی آتی در زمانی که بیمار واجد ظرفیت تصمیم‌گیری می‌باشد، ثبت و به عنوان راهنمای اقدامات پزشکی در زمان فقدان ظرفیت تصمیم‌گیری وی با رعایت موازین قانونی مد نظر ارائه‌کنندگان خدمات سلامت و تصمیم‌گیرنده جایگزین بیمار قرار گیرد.
- در راهنمای اخلاقی کشوری در موضوع مراقبتهای حمایتی تسکینی در بیماران در مراحل پایانی حیات نیز به ثبت ترجیحات بیمار و عمل به آن در چارچوب ضوابط حاکم و اختیار مشروع بیمار اشاره شده است.
- با این حال برخی حقوقدانان عقیده دارند در بستر قانونی کشور استفاده از این ظرفیت با محدودیت‌هایی همراه است و در عمل به محتوای آن در صورتی که با وظایف ذاتی پزشک در تناقض باشد، باید احتیاط شود.

دکتر «ه» در منزل مشغول استراحت است که آقای «ج» با او تماس می‌گیرد. او یک آشنای قدیمی است و با آشنفگی از دکتر می‌پرسد که چه مقدار هوا باید داخل ورید یک نفر تزریق کرد تا کشته شود. زمانی که پزشک علت این سؤال را می‌پرسد، آقای «ج» توضیح می‌دهد که پدر ۷۲ ساله‌اش با سرطان ریه متاستاتیک پیشرفته در یک بیمارستان بستری است و درد فوق‌العاده شدیدی دارد. او می‌گوید تحمل دیدن پدرش را در چنین شرایطی ندارد و قصد دارد با تزریق هوا به رنج کشیدن وی پایان دهد.

## کمک به تسریع مرگ بیمار مراحل انتهایی:

- از اصطلاحاتی که به نوعی به مقوله کمک به تسریع مرگ بیمار در مراحل انتهایی بیماری اشاره دارد، می‌توان از "اتانازی (مرگیاری، قتل ترحمی)، خودکشی به کمک پزشک، مساعدت در مرگ (Assisted Dying) و آرام بخشی تسکینی (Palliative "Sedation) PS نام برد.

- تعریف جامع و دقیق اتانازی و اصطلاحات نزدیک به آن با توجه به تفاسیر متعدد و گیج‌کننده‌ای که از آن دریافت می‌شود، الزامی است. اتانازی لغتی ترکیبی از ریشه یونانی eu (خوب) و thanatos (مرگ) به معنای مرگ خوب است. مفهوم مثبت و احساسی که در این اصطلاح وجود دارد با تعریف عملی آن سازگار نیست.

- از این رو برخی خبرگان توصیه می‌کنند از این اصطلاح کمتر استفاده شود و جایگزین‌هایی با مفاهیم عملی‌تر را مثل "کشتن در ازای درخواست بیمار" پیشنهاد می‌دهند. بیشتر پژوهشگران، قانونگذاران و پزشکان بر تعریفی که اتانازی را "تجویز دارو با قصد مشخص پایان دادن به زندگی بیمار به درخواست صریح وی" می‌داند، اتفاق نظر دارند.

# مساعدت در مرگ:

- در خودکشی به کمک پزشک، پزشک یا کادر درمانی، آگاهانه دارو یا ابزارهای مورد نیاز را در اختیار بیماری که قصد خودکشی دارد، قرار می‌دهند. تفاوتی که در این تعریف با اتانازی دیده می‌شود این است که در این جا خود بیمار عامل مرگ است نه درمانگر.
- گروهی معتقدند از آن جا که بیماران در مرحله پایان زندگی عملاً با مرگ دست و پنجه نرم می‌کنند، شاید استفاده از عنوان خودکشی جهت مراحل پایانی حیات آن‌ها صحیح نباشد، از این رو استفاده از اصطلاح "مساعدت در مرگ" بیشتر توصیه می‌شود.
- آرام بخشی تسکینی (PS) (Palliative Sedation) تجویز عمدی آرام بخش‌ها با ترکیبات و مقادیری است که از طریق کاهش سطح هوشیاری در بیمار مرحله انتهایی زندگی یک یا چند نشانه‌ی مقاوم او را تسکین دهد. مشکلات غیرقابل تحمل بیماران تنها علائم فیزیکی (به عنوان مثال، تنگی نفس، تهوع، استفراغ) نیست، بلکه علائم غیر قابل تحمل روحی-روانی مانند پریشانی روانی (اضطراب، درد و رنج، افسردگی، هذیان و غیره) و حتی رنج وجودی (مثل ناامیدی، پوچ انگاری، ترس، از دست دادن معنای زندگی، حس پوچی، وحشت، و غیره) را نیز در بر می‌گیرد.
- معمولاً مدت کوتاهی پس از این تسکین مرگ عارض می‌شود. گروهی آرام بخشی تسکینی را نیز نوعی مرگ مساعدت شده می‌دانند ولی بیشتر متخصصین تمایز آن‌ها را بدیهی می‌دانند.

# قوانین کشور:

- به عنوان یک کشور اسلامی، سیاست‌گذاری نظام سلامت در کشور ما، بر اساس مخالفت با شرکت پزشکان در اقداماتی است که مرگ را تسریع می‌کند. بنابراین همه اشکال کمک به خاتمه زندگی و اتانازی فعال در کشور پذیرفته شده نیست.

- هر چند در دنیا گرایش جامعه به پذیرش مرگ مساعدت شده پزشکی و تعداد کشورهایایی که این موضوع را در EOL از نظر قانونی با لحاظ شرایطی پذیرفته اند، رو به افزایش است.

## شیوه انجام کار:

پزشک معالج / سوپروایزر بالینی شیفت/ روانشناس، مسئول اعلام خبرهای ناگوار یا فوت بیماران می باشند.

- 1- پزشک معالج و در صورت عدم حضور پزشک معالج، سوپروایزر بالینی شیفت، خبرهای ناگوار مربوط به فرآیند و تشخیص بیماری را به بیمار/ همراه بیمار بر اساس صلاحدید توضیح دهد.
- 2- روانشناس و در صورت نبود روانشناس بیمارستان، سوپروایزر بالینی شیفت، خبرهای ناگوار شامل فوت/ بدحال شدن بیمار را اطلاع دهد.
- 3- کارشناسان واحدهای پاراکلینیک در صورت احتمال خبرهای ناگوار در زمینه بیماری، بیمار/ همراه وی را به مسئول فنی واحدهای پاراکلینیک یا پزشک معالج ارجاع دهند.
- 4- پزشک معالج / سوپروایزر بالینی شیفت/ روانشناس، قبل از اعلام هرگونه خبر ناگوار، همراه بیمار را به مکانی مناسب جهت مدیریت واکنش های فیزیولوژیک احتمالی همچون غش کردن و ... که دارای حداقل امکانات شامل: محلی برای نشستن افراد، عدم تردد پرسنل، دارا بودن امکانات پذیرایی راهنمایی کند. به نحوی که فضا دارای حریم مناسب بوده و محرمانگی اطلاعات بیمار حفظ گردد.
- 5- پزشک معالج / سوپروایزر بالینی شیفت/ روانشناس، ابتدا خلاصه ای از شرح رویداد بیمار از بدو پذیرش را ارائه داده و ضمن رعایت اخلاق حرفه ای و ابراز تاسف در مورد فرآیند بدحال شدن بیمار توضیح دهد.
- 6- پزشک معالج / سوپروایزر بالینی شیفت/ روانشناس، به همراه بیمار اجازه بروز احساسات و عواطف و هیجانات را داده و از روشهای گوش دادن فعال و ابراز همدلی استفاده نماید.

ردیف	گام	فن مورد آموزش: SPIKES
1		<ul style="list-style-type: none"> <li>• خصوصی کردن فضا: اختصاص یک محیط خصوصی یا اتاق با حداقل رفت و آمد و وجود برخی امکانات از جمله دستمال کاغذی، آب و ...</li> <li>• دخالت دادن نزدیکترین فرد: کسی مثل همسر، سرپرست یا یکی دو نفر از نزدیکان، به انتخاب خود شخص</li> <li>• نشستن: نشستن در حالت رسمی به آرامش مخاطب کمک می کند و نشان</li> </ul>



Leader.ir  
to me  
3 days ago [View details](#)



Show pictures



۱۳ آذر  
۱۳۹۷

پاسخ سوال شرعی  
نام: علی عموشاهی  
موضوع: مسائل پزشکی  
شماره استفتاء: NR9LTz5m34

بسم الله الرحمن الرحيم  
سلام عليكم و رحمة الله و بركاته

**اگر اصلا امیدی به ادامه زندگی بیمار وجود ندارد، عملیات احیاء واجب نیست. اما انجام کاری که موجب مرگ وی شود، جایز نیست.**

موفق و مؤید باشید

در سرطان پیشرفته و پخش شده‌ای که دیگر امید به بهبودی نیست (بیمار محتضر، End Stage)؛ با توجه به «احکام محتضر» و اینکه بازگشت ضربان قلب/تنفس به تنهایی کیفیت زندگی بیمار را بهبود نمی‌بخشد و زنده بودن او چیزی جز رنج و عذاب خود و خانواده‌اش نیست آیا در صورت بروز ایست قلبی/ریوی اشکالی دارد اگر او را «احیاء نکنیم»؟  
(احیاء قلبی/ریوی یعنی وارد نمودن فشارهای پی‌درپی سنگین در حد شکستگی دنده‌ها بر روی قفسه سینه و قلب، تنفس کمکی از راه لوله‌ای که به درون گلو و نای فرو برده می‌شود، دادن شوک الکتریکی روی سینه بیمار که می‌تواند موجب سوختگی ناشی از برق‌گرفتگی شود و تزریق داروهای محرک قلب)

ارتباط با  
پایگاه  
آرشیو جامع  
سوال شرعی عضویت  
Leader.ir



embed0





- سؤال: اگر بدانیم یا احتمال بدهیم که یک بیمار در اثر بیماری خاصی مثل برخی سرطان‌ها به زودی خواهد مرد، آیا مجازیم فقط برای افزایش طول عمر وی هر چند به مدت کوتاه روش‌های درمانی خطرناک و بسیار پرهزینه مثل شیمی‌درمانی که گاهی عوارض آن شدیدتر از بیماری اولیه است را برای وی تجویز کنیم؟
- جواب: در فرض مسأله دلیلی بر وجوب و جواز این‌گونه درمان‌ها نداریم ولی اگر بیمار خودش با علم به این عوارض راضی بشود مانعی ندارد.



## جراحی که موجب تسریع مرگ بیمار شود

- سؤال: مطمئنیم که یک بیماری، بیمار را به زودی خواهد کشت. از طرفی می دانیم که با یک عمل درمانی، مثل جراحی، ممکن است بیمار بهبودی نسبی و احتمالی پیدا کند، یا حتی زودتر از موعد از دنیا برود، وظیفه ما در چنین حالتی چیست؟ اگر با این کار به تسریع مرگ بیمار کمک کنیم، مدیون نیستیم؟ اگر اقدام به درمان نکنیم مسئول نیستیم؟ با توجه به اینکه گاهی نتیجه کار کاملاً نامشخص است.
- جواب: اگر احتمال بهبودی، احتمال قابل توجهی است باید اقدام کرد (البته با جلب رضایت بیمار). و اگر احتمال ضعیف است و احتمال خطر نیز وجود دارد اقدام نکنید.

## اصرار همراهان بیمار به عمل جراحی بی تاثیر

- سؤال: پزشکی یقین دارد که عمل جراحی روی فلان بیمار تأثیری در زنده ماندن او ندارد، بطوری که بیمار چه عمل شود و چه عمل نشود بیش از مدت کوتاهی زنده نخواهد ماند. آیا بنا به اصرار همراهان بیمار یا مسئولین بیمارستان، می تواند اقدام به جراحی نماید؟
- جواب: در صورتی که بیمار راضی باشد و اطلاع کافی به او داده شود، مانعی ندارد.



## اصل منفعت رسانی به بیماران در مراحل انتهایی حیات

- برای تعیین بهترین منفعت بیمار، ارزشها، باورها و اعتقادات فرهنگی و مذهبی بیمار خواسته هایی که بیان کرده است باید مدنظر باشند.
- تبصره - خواسته های اعضای خانواده نیز در مرحله بعد، مورد توجه قرار گیرند.
- منافع و مضار درمانها و نتایج آنها و پیش آگهی بیماری در زمان تصمیم گیری باید مورد توجه باشند. لذا ارائه دهندگان خدمات تخصصی باید مشخص نمایند که چه وقت منافع اقدامات آنها برای بیمار خاتمه می یابد.
- تبصره - تمامی خدمات و مراقبتها باید منطبق بر پروتکل های معتبر علمی باشد، در غیر این صورت اخلاقی نیست.
- اگرچه حین مراقبت تسکینی در بیماران انتهایی لازم است از ارائه درمان بی نتیجه پرهیز شود، پزشک معالج ممکن است در شرایط خاص اقدام بی نتیجه و بدون عارضه (مثل سرم درمانی) را به دلیل اثرات روانی آن برای بیمار یا خانواده ادامه دهد.
- همیشه لازم است که علاوه بر فواید و خطرات گزینه های درمانی پیش رو، درباره بار مالی هر کدام و مقایسه هزینه-اثر بخشی گزینه ها با بیمار و خانواده وی به نحو موثری صحبت کرد تا انتخاب آگاهانه تری براساس شرایط بیمار فراهم شود.
- وقتی مرگ بیمار غیر قابل اجتناب است، پزشک معالج با همکاری مشاور اخلاق موظف است در خصوص نحوه بیان خبر بد به بیمار و خانواده تصمیم گیری نمایند. اطلاع رسانی درست و به موقع در این مورد، حق بیمار و خانواده اوست.



## تصمیم‌گیری اخلاقی در بیماران در مراحل پایانی حیات

از منظر اسلامی، هرچند نمی‌توان به راحتی تصمیم به عدم احیا بیمار و قطع درمان‌های نگهدارنده حیات گرفت ولی باید از طولانی نمودن فرآیند مرگ نیز خودداری شود.

■ سنجش و ارزیابی کیفیت زندگی بیمار در مراحل انتهایی حیات و تصمیم‌گیری درباره چگونگی ادامه درمان و مراقبت بر اساس آن، تنها با خواست بیمار، خانواده یا صرف تشخیص پزشک معالج انجام نمی‌شود. بلکه تصمیم‌گیری گروهی تیم مراقبت با حضور مشاور اخلاق و در نظر گرفتن ملاحظات اخلاقی، قانونی و دینی ضرورت دارد.

■ از آنجا که از منظر اسلامی قطع برخی درمان‌های طولانی‌کننده حیات (مانند دستگاه بنت) با عدم شروع آنها تفاوت دارد، و قطع چنین درمان‌هایی در یک بیمار در مراحل انتهایی حیات با شرایط غیرقابل برگشت، شرایط سختی را به لحاظ روانی و عاطفی برای خانواده و نزدیکان بیمار فراهم می‌کند، باید قبل از شروع این درمان‌ها بررسی مناسب انجام شود و در صورت بعید بودن برگشت بیمار، یک درمان بیهوده نگهدارنده حیات برای بیمار شروع نشود.

# تصمیم گیری قطع درمان



تصمیم گیری در مورد قطع درمانهای نگهدارنده حیات باید با دقت و حساسیت و توسط گروهی از متخصصین (پزشک معالج، متخصص بیهوشی، متخصص اخلاق پزشکی و در صورت لزوم سایر متخصصین همکار تیم مراقبت و درمان) انجام شود.

■ تبصره یک- روانشناس و مراقب معنوی و مراقب مذهبی (حسب ضرورت) باید آمادگی لازم را در بیمار و خانواده برای پذیرش مشیت الهی و مرگ احتمالی بیمار ایجاد نمایند و باید از اقدامات طولانی کننده احتضار بیمار در شرف مرگ خودداری شود.

■ تبصره دو- خواست بیمار انتهایی مبنی بر طولانی نشدن احتضار حتماً باید مورد توجه باشد؛ ولی حرفه مندان پزشکی نباید با هدف تسریع مرگ بیمار اقدامی انجام دهند حتی اگر در شرایطی خود بیمار خواهان تسریع مرگ خود باشد.

■ تسکین درد و رنج بیماران، ضمن حفظ کرامت انسانی آنان، وظیفه حرفه ای و اخلاقی تیم مراقبت می باشد.

■ مراقبت تسکینی هیچگاه بیهوده نبوده و باید تا پایان حیات بیمار تداوم یابد.

■ تبصره یک- ترس از تسریع مرگ بیمار نباید مانعی جهت ارائه درمانهای تسکینی باشد.

■ تبصره دو- در شناخت عوامل روانی درد و رنج، ارزیابی و درمان توسط روان درمانگر اغلب سودمند و مهم است.

■ تبصره سه- تلاش برای آموزش اعضای اصلی تیم مراقبت در زمینه روشهای پیشرفته کنترل درد ضروری است تا هر کوتاهی در این زمینه پوشش داده شود.

■ تبصره چهار- مراجع قانونی و سیاستگذار باید به نحوی هماهنگ شوند که پزشکان مطمئن باشند حمایتهای قانونی لازم برای استفاده از مخدرها و مسکنهای اپیوئیدی وجود دارد.

■ در مواردی که پزشکان مراقبتی را به نفع بیمار می دانند نباید به راحتی و بلافاصله درخواست بیمار یا خانواده اش را مبنی بر امتناع از شروع یا ادامه درمان بپذیرند و باید ضمن صحبت همدلانه درباره گزینه های درمانی و منفعت آنها، در برابر تمایل به قطع درمانها و مراقبتهای بیمار در مراحل انتهایی حیات مقاومت کنند.

## بی نتیجه گی (بیهودگی) درمان



- سازمانها و مراکز ارائه کننده خدمات سلامت باید در زمینه بی نتیجه گی درمان به شکلی موثر و شفاف سیاستگذاری کرده و دستورالعملهای کاربردی متناسبی داشته باشند.
- در صورت درخواست درمانی بی نتیجه از سوی بیمار یا تصمیم گیرنده جایگزین یا خانواده، گفتگوی صمیمانه پزشک معالج برای ارائه توضیحات کافی و متقاعد کردن آنان باید صورت گیرد.
- تبصره - در صورت اصرار بیمار و همراهان وی بر دریافت خدمتی که از منظر پزشک معالج بی نتیجه تلقی می شود، می توان جلسه مشاوره چند تخصصی با حضور سایر اعضای تیم مراقبت و در صورت لزوم کمیته اخلاق ترتیب داد.
- در هیچ حالت نمی توان پزشک را ملزم به ارائه خدمتی نمود که آن را بی نتیجه می داند. اما اگر کمیته اخلاق از بیمار حمایت کند و پزشک با آن موافق نباشد؛ در صورت امکان می توان بیمار را به پزشک دیگری در آن مرکز درمانی ارجاع داشت.

- Dr. what happens after we die?
- We clean the bed and admit a new patient



هرگز از پزشکتان سوال فلسفی نپرسید!



*Thank  
you*

