





موضوعات ویژه در مراحل پایان عمر

Special Issues on End of Life

دکتر علیرضا ایرج پور

استاد گروه پرستاری مراقبتهای ویژه و مدیر گروه بین رشته ای مراقبتهای حمایتی تسکینی

دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

مدیر عامل کانون حمد ایرانیان



پاییز ۱۴۰۰

Dr. Irajpour

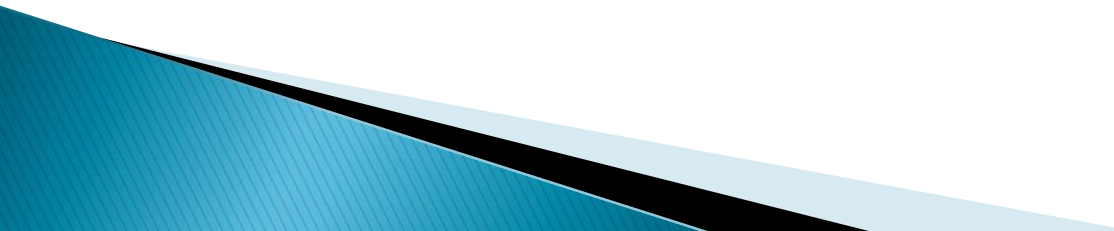
اهداف این نشست:

- ▶ مراحل پایان عمر
- ▶ مرگ به روال عادی / عدم احیا / ...
- ▶ مراقبت بیهوده
- ▶ سوگ و سوگواری
- ▶ مراقبت از مراقبین

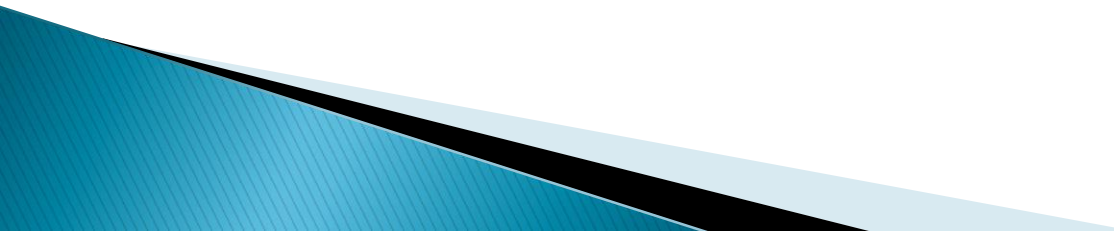
Definition:

World Health Organization :

“An approach that improves the **quality of life of patients and their families** facing the **problems** associated with life-threatening illness, through the **prevention** and **relief of suffering** by means of **early identification** and **impeccable assessment** and **treatment of pain and other problems**, physical, psychosocial and spiritual.”



End of life care VS. Palliative care

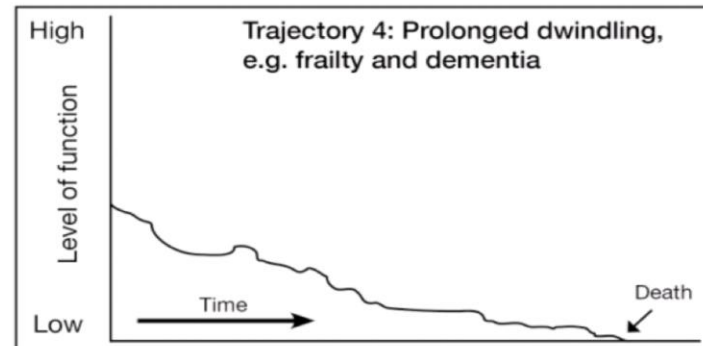
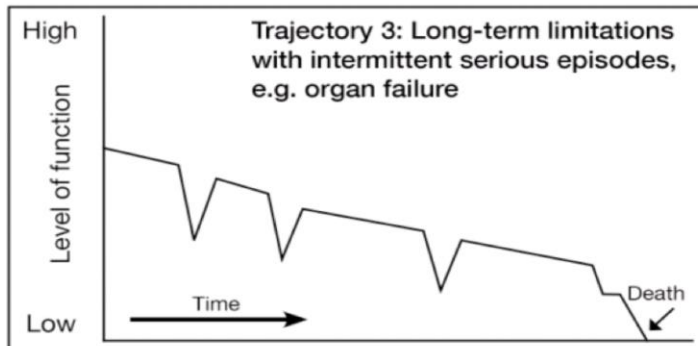
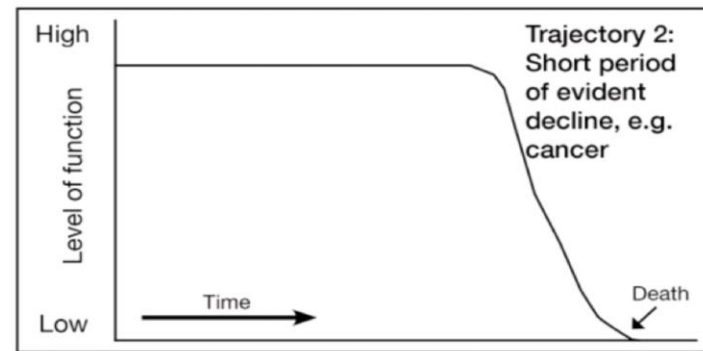
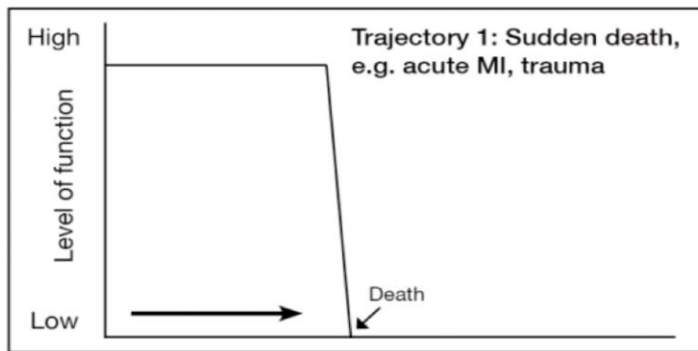
- ▶ End-of-life care is care occurring in the last part of a patient's life, typically in the last few months, depending on the underlying diagnosis and clinical course and also includes planning for end-of-life care. Palliative care includes end-of-life care, but also entails much more.
- 

مرحله پایان عمر

▶ در بند ۱-۱۴ منشور حقوق بیمار در ایران آمده است "در مراحل پایانی حیات که وضعیت بیمار غیر قابل برگشت و مرگ بیمار قریب الوقوع است، درمان و مراقبت ها با هدف حفظ آسایش وی باید ارائه گردد. منظور از آسایش، کاهش درد و رنج بیمار، توجه به نیازهای روانی، اجتماعی، معنوی و عاطفی بیمار و خانواده اش در زمان احتضار می باشد. بیمار در حال احتضار حق دارد در آخرین لحظات زندگی خویش با فردی که می خواهد همراه باشد"

الگوهای مرگ افراد

How People Die



مرگ به روال عادی / احیا / عدم احیا

► احیا:

عملیات احیا مجموعه تکنیکهایی است که برای بازگرداندن فعالیت ارگانهای حیاتی قلب، ریه و مغز با هدف بازگرداندن و حفظ حیات فرد صورت میگیرد و به دو بخش احیای پایه و احیای پیشرفته تقسیم میشود که به طور شایع برای بیماران در حال مرگ مورد استفاده قرار میگیرد.

پاسخ به احیا



49
DEAD
DURING
CPR

34 DEAD
BEFORE
DISCHARGE

7 DEAD BY
1 YEAR

10 'ALIVE'

احیا و عدم احیا

▶ میزان احیای موفقیت آمیز به دنبال ایست قلبی در حدود ۱۵ درصد میباشد و این رقم برای افراد بالای ۶۵ سال به ۱۰ تا ۱۱ درصد و در بیماران بالای ۸۵ سال به ۵/۳ درصد میرسد. لازم به ذکر است در آمریکا سه چهارم مرگها در سنین بالای ۶۵ سال رخ میدهد

▶ سال ۱۹۷۴ انجمن پزشکی آمریکا برای نخستین بار، ثبت رسمی DNR در پرونده پزشکی بیماران را مطرح کرد و در سال ۱۹۷۶، نخستین سیاستهای بیمارستانی در خصوص عدم انجام احیا در مطالعات پزشکی منتشر شدند

دستور عدم احیا

▶ اما دستور عدم احیا، اشاره به دستوری در پرونده بیمار دارد که بر این موضوع دلالت دارد که «در صورت وقوع ایست قلبی تنفسی عملیات احیای قلبی ریوی نباید صورت پذیرد». به طور معمول این دستور برای بیمارانی صادر میشود که کیفیت زندگی ایشان در حال حاضر بسیار ضعیف است و یا شانس موفقیت احیا در آنها بسیار کم است.

▶ **توقف احیا به سه نوع است:**

- توقف احیا در احیای ناموفق
- عدم شروع احیا در احیای بیهوده
- عدم انجام احیا در احیای ناخواسته (از سوی بیمار...؟)

عدم احیا در ایران و کشورهای مسلمان

- ▶ در کشور ما، راهنمای اخلاقی و بالینی مصوبی در مورد DNR وجود ندارد و تصمیم گیری برای عدم احیا بیمار بطور عمده توسط پزشک معالج صورت گرفته و در بسیاری از موارد بصورت شفاهی ابلاغ شده و بدون اطلاع بیمار یا خانواده او انجام می گیرد. مطالعات اندکی درباره DNR در ایران انجام شده است.
- ▶ لیکن مطالعات اندکی در خصوص کشورهای مسلمان صورت گرفته است که نشان میدهد ثبت DNR در پرونده بیماران به نحو مطلوب انجام نشده و در اغلب موارد تصمیمات به نظر رییس بخش بستگی دارد و در بیش از نیمی از موارد نظرات و تصمیمات بیمار و خانواده او نادیده گرفته شده یا به درستی مکتوب نمیشوند

نتایج یک مرور

- ▶ یک مطالعه ۳۰ ساله از ۱۹۸۲ تا ۲۰۱۰ از کشورهای مختلف و از جمله اسلامی
- ▶ ضرورت تدوین شیوه تصمیم گیری برای DNR بویژه بدلیل ابعاد اخلاقی، قانونی و شرعی
- ▶ عدم توافق برای اجرای DNR با توجه به نوع و شدت بیماری، سن و نژاد
- ▶ احتمال کاهش تلاش کارکنان نظام سلامت در درمان
- ▶ هزینه های بالای بستری در بخش های مراقبت ویژه (مطالعه ای دیگر: دستور DNR به عنوان شرط بستری در ICU موجب عدم تمایل به بستری در ICUهای آمریکا شده است)
- ▶ احترام به خودمختاری بیمار در هنگام تصمیم گیری در مراحل پایانی زندگی و تنظیم برنامه درمانی و ... احتمال حذف مراقبتهای حفظ حیات

توجه:

- ▶ در سالهای اخیر، بحثهایی در مورد جایگزینی عبارت "احیا نکنید" DNR با عباراتی چون
- ▶ "تلاشی برای احیا انجام ندهید"

Do not attempt resuscitation (DNAR)

یا "اجازه مرگ طبیعی بدهید"

Allow Natural Death (AND)

صورت گرفته است که بیشتر در جهت زدودن معنای منفی از این دستور و پذیرش اخلاق آن است

عوامل موثر بر تصمیم و صدور دستور DNR

- ▶ سطح آموزشی بالاتر
- ▶ میزان مشارکت فرد در مراقبت روزانه بیمار
- ▶ تمایل بیشتر پزشکان به DNR نسبت به پرستاران
- ▶ ارتباط معنادار بین انجام DNR با نوع تخصص پزشک
- ▶ ارتباط معنادار بین انجام DNR با طول مدت آموزش
- ▶ ارتباط معنادار بین انجام DNR با سابقه طبابت
- ▶ عدم توجه به نقش خانواده در زمان تصمیم گیری
- ▶ عدم آگاهی پزشکان از قوانین پزشکی در زمینه DNR
- ▶ افزایش موارد DNR با اجرای گایدلاینهای جدید DNR در بیماران ایست قلبی
- ▶ تاکید بر لزوم ارتقاء دانش و آگاهی کادر سلامت در مطالعات

ادامه

- ▶ اختلافات بسیار در تفسیر دستورات DNR اغلب منجر به سردرگمی کادر درمانی نسبت به آنچه در یک موقعیت بالینی باید انجام دهند شده است. تفاوتها در نحوه اجرای DNR نیز منجر به اعمال ناکارآمد ارزشها، عقاید بیمار و اهداف اصلی مراقبت میشود، و نیز تمرکز نادرست روی اجزای احیا، کارایی یک دستور جهت افزایش خودمختاری بیمار و بهبود کیفیت مراقبت در پایان زندگی بیمار را تحت الشعاع قرار میدهد.
- ▶ شیوه چک لیستی باید ها و نبایدها
- ▶ DNR نسبی یا ناکامل
- ▶ ارتباط غیر مؤثر با بیمار و خانواده
- ▶ ناهماهنگی برنامه درمانی با اهداف آگاهانه بیمار از مراقبت

راهنمای DNR کشورها

- ▶ آمریکا ۱۹۷۴
- ▶ احترام به اختیار فردی
- ▶ صحبت قبلی با بیمار یا ولی او و کسب اجازه
- ▶ استفاده از شیوه های استاندارد برای مشخص نمودن دستور DNR بیمار(مثلا با دستبند مخصوص)
- ▶ حق بیمار برای تغییر عقیده
- ▶ لزوم ثبت نظربیمار
- ▶ لزوم اطمینان از قطعیت بی فایده 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
- ▶ کشورهای اسلامی: راهنمای بیمارستان 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 ازاعضاء خانواده بیمار و استفاده از فرم مخصوص DNR برای ثبت دستور عدم احیاست

NOTICE

**'Do not resuscitate' does
not mean 'do not treat'**



**STOP
DO NOT
Resuscitate**

Effective Date: _____
Expiration Date, if any: _____
 Check box if no expiration

DO NOT RESUSCITATE ORDER

Patient's full name: _____

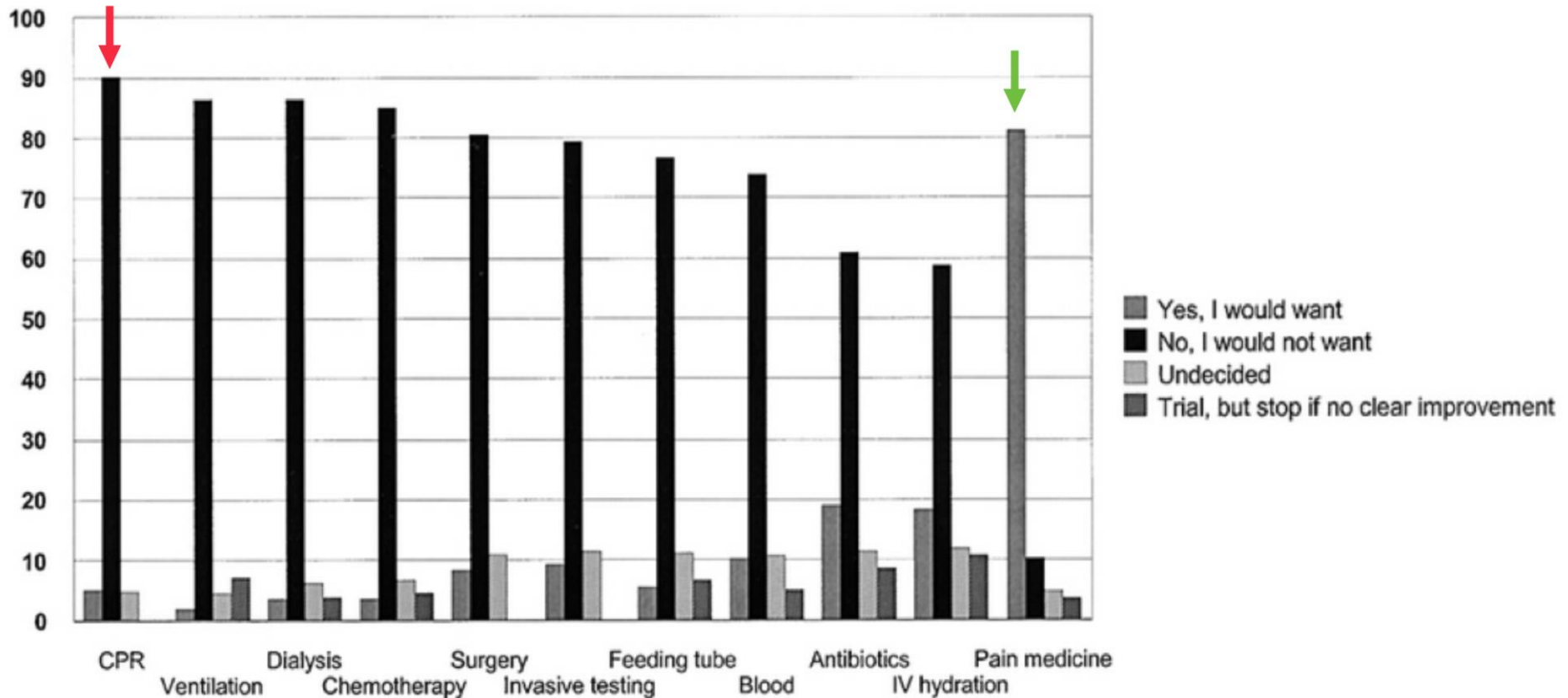
In the event of cardiac and/or pulmonary arrest of the patient, efforts at cardiopulmonary resuscitation of the patient SHOULD NOT be initiated. This order does not affect other medically indicated and comfort care.

I have documented the basis for this order and the consent required by the NC General Statute 90-21.14(b) in the patient's records.

Signature of Attending Physician: _____
Printed Name of Attending Physician: _____
Address: _____
City, State, Zip: _____
Telephone Number (office): _____
Telephone Number (emergency): _____

Do Not Copy **Do Not Alter**

© 2000-2004 Hospira, Inc. All rights reserved. Hospira and the Hospira logo are trademarks of Hospira, Inc. All other trademarks are the property of their respective owners.



**100% of doctors are trained to perform a procedure
BY DEFAULT that 90% of them wouldn't want themselves**

مبانی اسلامی و دیدگاههای فقهی

▶ دستور عدم احیا یک مسئله پزشکی محسوب می شود و واگذار به تیم سلامت **ولی نگرش اسلام به حیات مستقیما بر آن تاثیر می گذارد.**

▶ عدم اقدام به احیا **صرفا برای** (۱) رهایی از رنج و درد
(۲) کم کردن هزینه (۳) خواسته بیمار **و بدون**
داشتن توجیه علمی تایید نیست.



DNR
SHOULD BE
THE DEFAULT



DNR Should NOT be the Default

Sara Gray



نتیجه گیری:

- ▶ گفتگو با بیمار و کسب خواسته های بیمار
- ▶ ارتباط و توجه به خانواده
- ▶ ثبت کامل گفتگو با بیمار، خانواده، کارکنان نظام سلامت

داشتن یک دستورالعمل جامع، واقعی و شفاف مورد حمایت از سوی موسسه و قانون نیاز

Definition:

درمان بیهوده

- ▶ Futile: (adj) incapable of producing any useful result; pointless.
- ▶ Futility: (noun) pointlessness or uselessness.
- ▶ **Medical futility** means that the proposed therapy should not be performed because available data show that it will not improve the patient's medical

درمان بیهوده

▶ به مراقبتی بیهوده گفته می شود که مداخلات پزشکی برای بیماری انجام شود که شانس بقا برای وی کمتر از ۵٪ باشد.

▶ دو وجه دارد:

وجه کمی (ناظر بر احتمال زنده ماندن)

وجه کیفی (ناظر بر احتمال کیفیت زندگی پس از زنده ماندن)

▶ اقدامی بیهوده تلقی میشود که در صد مورد مشابه قبلی، نتیجه ای در پی نداشته است. تعاریف کیفی نیز از بیهودگی ارائه شده است، از آن جمله یکی از این تعاریف در باب درمانهای بیهوده پایان حیات، درمانی را بیهوده تلقی میکند که بیمار را در وضعیت بیهوشی دائم نگه دارد یا نتواند وابستگی بیمار را به مراقبتهای ویژه خاتمه دهد.

چالشها در بیهودگی درمان:

- ▶ ترک درمانهای با ارزش تحت عنوان بیهودگی بویژه در فقدان قدرت تصمیم گیری
- ▶ هدر رفت منابع و هزینه های محدود سلامت و خطر عدم ارائه عادلانه خدمات بهداشتی
- ▶ نادیده گرفتن تعهدات حرفه ای و الزامات اخلاقی پزشک و حتی گاهی قصور پزشکی
- ▶ درمان غیرمنطقی انجام شود بطوریکه یک اقدام درمانی به نتایج مطلوب منتهی
- ▶ میشود ولی هزینه این درمان بسیار بالاست یا نیاز بیمار دیگری به این درمان بیشتر است
- ▶ منبع تامین هزینه های درمان، بیمه؟
- ▶ بیمار تامین کننده باشد هزینه باشد و ...
- ▶ تداوم درمان بیهوده بدلیل ترس از اتهام / شکایت / آموزش به دانشجو
- ▶ پیشگیری از قطع ارتباط بیمار با پزشک، از بین رفتن رابطه مالی

همگی از چالشهای اخلاقی، درمان بیهوده هستند

سوگ و سوگواری Bereavement

- ▶ سوگ یک پاسخ طبیعی به فقدان و از دست دادن است
- ▶ هر فردی سوگ را متفاوت تجربه میکند، منحصر به فرد
- ▶ غمگینی، شوک، انکار یا عدم باور، گیجی، خشم، یا احساس سرگردانی،
- ▶ مدت سوگ هم منحصر به فرد است
- ▶ نوع رابطه با فردی که از دست رفته، شرایط مرگ فرد، و میزان زمان انتظار برای مرگ وی از عوامل موثر بر سوگ و داغدیده هستند.
- ▶ هیچ قاعده کلی برای فرآیند سوگ وجود ندارد
- ▶ مراحل (کوبلر راس) : انکار، خشم، چانه زدن، افسردگی و پذیرش

انواع سوگ:

- ▶ سوگ مورد انتظار **Anticipatory**: زمانی رخ می دهد که از دست دادن فرد عزیز پیش بینی می شود
- ▶ سوگ طبیعی / معمول **Normal / common**: این نوع سوگ بلافاصله پس از دست دادن شروع و بتدریج نشانه ها از بین می رود
- ▶ سوگ پیچیده **Complicated**: الگوهای غیر متعارفی از بروز غم و اندوه در سوگ نظیر واکنشهای خفیف تا اشکال مزمن سوگ

عوامل موثر بر سوگ پیچیده:

- ▶ آیا مرگ قابل پیش بینی یا غیر قابل پیش بینی بوده است؟
- ▶ شخصیت فرد داغدار چگونه است؟
- ▶ باورهای مذهبی فرد داغدار چگونه است؟
- ▶ فرد داغدار مرد یا زن بوده است؟
- ▶ فرد داغدار چند ساله است؟
- ▶ میزان حمایت اجتماعی از فرد داغدیده چقدر است؟

علائم و نشانه های داغدیدگی:

- (۱) علائم عاطفی: احساس ناراحتی، خشم، گناه، اضطراب، خستگی، غم و اندوه، گریه و زاری، تحریک پذیری، بیقرار و آشفتگی
- (۲) علائم جسمانی: بی حسی، کاهش انرژی، ضعف عمومی، تهوع، سردرد، حساسیت به صدا، خشکی گلو و دهان، سنگینی سینه، بی خوابی، سنگینی قفسه سینه، تغییر اشتها
- (۳) علائم شناختی: گیجی، عدم تمرکز، اشتغال ذهنی، گاهی توهم شنوایی

گرچه فرآیند سوگ طبیعی به فرد داغدار و ویژگیهای آن بستگی دارد، ولی معمولاً ۲ تا ۴ ماه و حداکثر ۶ ماهه رو به بهبود می رود.

مراقبت از خود در سوگ

- ▶ شناخت مراحل سوگ و مرتب نبودن آن
- ▶ تعیین اهداف کوچک و دست یافتنی و حفظ برنامه روزانه
- ▶ با وجود میل به تنهایی...تلاش برای شرکت در جمع
- ▶ گفتگو با اطرافیان و مطرح نمودن احساسات
- ▶ گفتگو با افرادی که تجربه سوگ و فقدان دارند
- ▶ حفظ سلامت عمومی (خواب کافی، تغذیه سالم و...)
- ▶ در صورت لزوم گرفتن کمک از روانشناس، مشاور، روانپرستار و روانپزشک

تفاوت سوگ و افسردگی اساسی

- ▶ سوگ ممکن است گاهی واجد ملاک های افسردگی باشد اما به ندرت در بازمانده احساسات مرضی گناه و بی ارزشی، فکر خودکشی، کندي روانی حرکتی و روانپزشی که بیانگر افسردگی است، به همراه دارد.
- ▶ احساس غم مربوط به فکر کردن به متوفی است و اختلال عملکرد موقت و خفیف است. علائم معمولاً ۲ ماهه بر طرف میشود
- ▶ در افسردگی فرد خود را ضعیف، بد و دارای عیب می داند.
- ▶ افسردگی پایدار تر و ناتوان کننده تر است.

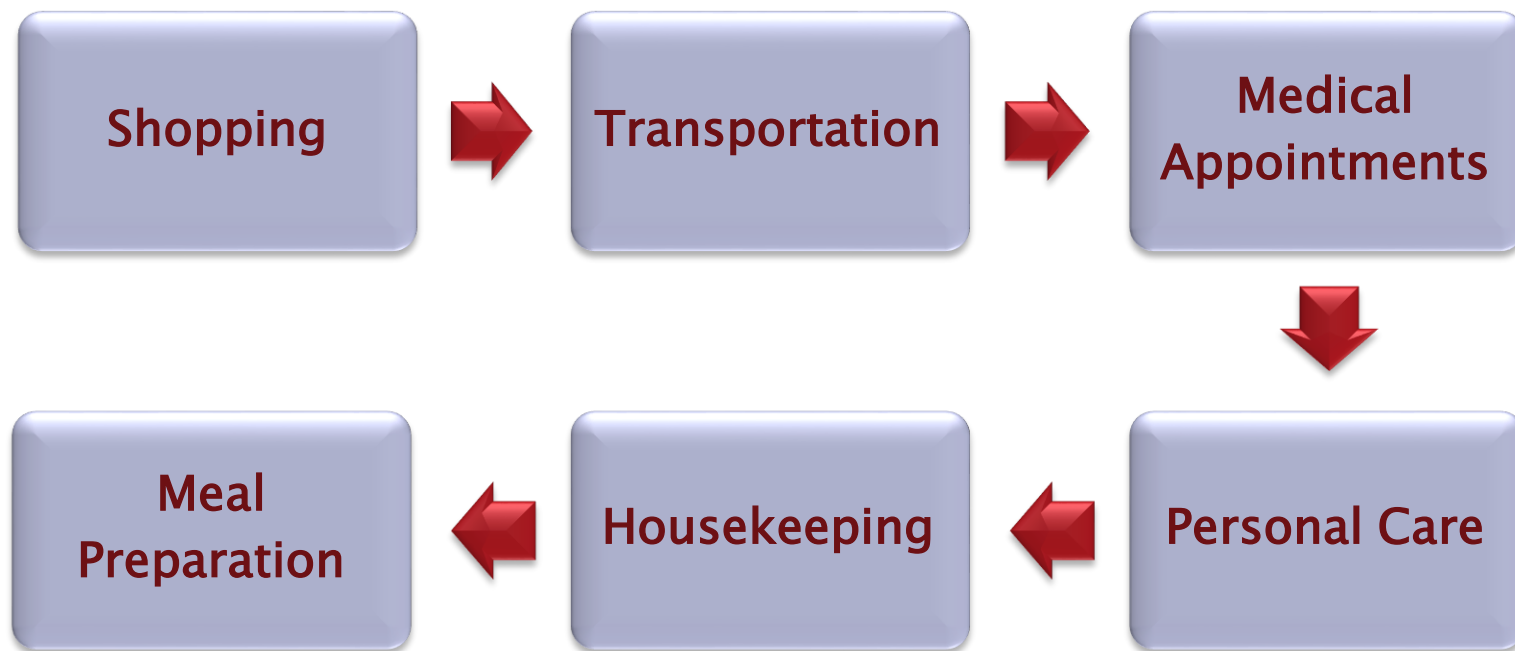
مراقبت از دیگران در فرآیند سوگ:

- ▶ گوش دادن به فرد سوگوار و پرسش از احساسات وی
- ▶ دادن فضا و زمانی برای تنهایی. زمان مناسب برای تنها بودن یا در کنار وی بودن را پرسش کنید
- ▶ از امور روزمره هم پرسش کنید
- ▶ بپرسید چگونه می توانید کمکش کنید
- ▶ در صورت طولانی شدن دوره سوگ از افراد متخصص کمک بگیرید

مراقب Caregiver کیست؟

- ▶ فردی که با گذراندن یک دوره آموزشی مسئولیتهای رفع نیازهای جسمی و عاطفی فرد دیگری که قادر به مراقبت از خودش نیست را عهده دار می شود
- ▶ این دوره حداقل ۴۰ ساعت دوره آموزشی با ۱۶ ساعت نظارت توسط یک پرستار حرفه ای است و دوره CPR پایه را نیز گذرانده باشد

وظائف مراقب



درک چالشهای مراقبین



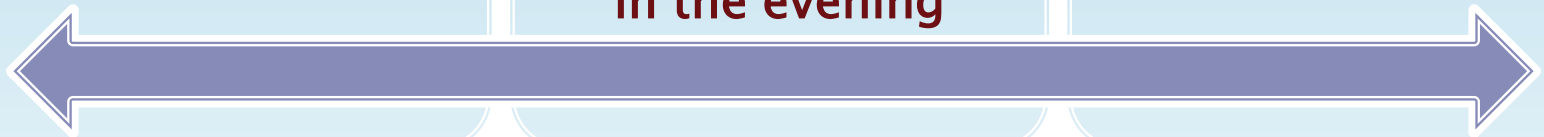
Juggle full-time job and multiple responsibilities



Providing caregiving in the morning, working during the day and caregiving in the evening



Little or no time to care for self



استرس های مراقب

- ▶ تنشهای جسمی و روحی
- ▶ احساس یاس و بی نتیجه بودن
- ▶ احساس گناه
- ▶ تنهایی
- ▶ فرسودگی
- ▶ مطالعات نشان داده که این استرس ها خانمها را بیشتر تحت تاثیر قرار می دهد

مدیریت استرس‌های مراقب:

- ▶ Laugh about something everyday
- ▶ Take care of yourself physically.
- ▶ Eat a well-balanced diet.
- ▶ Talk with someone every day.
- ▶ Give yourself permission to have a good cry. Tears aren't a weakness, they reduce tension.
- ▶ Exercise.
- ▶ Get adequate rest.
- ▶ Avoid noisy and/or tension-filled movies at night. The late news itself can add to stress. Skip it.
- ▶ Reduce daily caffeine intake.
- ▶ Take a break very day, even if it's only 10 minutes alone in the backyard.
- ▶ Listen to music.
- ▶ Learn relaxation techniques.
- ▶ Regularly attend one or more support groups and education workshops.
- ▶ Give yourself a treat at least once a month: an ice cream cone....
- ▶ Know your limitations.

A bouquet of tulips in various shades of pink and white, some fully bloomed and some as buds, arranged in a light blue ceramic vase. The background is a soft, out-of-focus pink. The text 'شکر از توجه شما' is written in a stylized red Persian calligraphic font in the lower-left corner of the image.

شکر از توجه شما