پژوهشی

مروری بر وضعیت صدور دستور عدم انجام عملیات احیاء در بیمارانی که دچار ایست قلبی تنفسی می گردند

دکتر آرش عکاظی* - دکتر هومن بخشنده** - دکتر مسعود قادی پاشا*** - دکتر فرزانه مهدی زاده**** - دکتر زهرا شعبان نژاد خاص*****

* استادیار گروه پزشکی قانونی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
** استادیار اپیدمیولوژی و آمار پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
*** استادیار سازمان پزشکی قانونی،عضو مرکز تحقیقات سازمان پزشکی کشور، تهران، ایران
**** متخصص پزشکی قانونی، مرکز پزشکی قانونی قم، عضو مرکز تحقیقات سازمان پزشکی قانونی کشور، تهران، ایران
*****دستیار پزشکی قانونی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

چکیده

زمینه و هدف: دستور عدم انجام عملیات احیاء در مواردی صادر می گردد که بیمار علی رغم دریافت درمان‌های لازم دچار ایست قلبی تنفسی شده و بر اساس تشخیص پزشک، درخواست قبلی بیمار و یا درخواست بستگان عملیات احیاء بخصوص در مواردی که پیش آگهی خوبی برای درمان وجود نداشته باشد، انجام نمی گیرد. در حال حاضر دستورالعمل و مجوز رسمی برای صدور دستور عدم انجام عملیات احیاء در مراکز درمانی کشور وجود ندارد و به نظر می‌رسد این دستور به صورت غیر رسمی و سلیقه‌ای انتخاب می‌شود. در این مطالعه وضعیت موجود و متغییرهایی که از نظر پزشکان اهمیت بیشتری دارند، مورد بررسی قرار می گیرد.

روش بررسی: پرسشنامه‌ای بی‌نام در رابطه با صدور دستور عدم انجام احیاء به پزشکان متخصص هوشبری و طب اورژانس بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران ارایه گردید که ۶۲٪ پزشکان به آن پاسخ دادند. یافته‌ها به کمک نرم افزارspss ویرایش ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: در مجموع ۷۱ پزشک به سوالات پاسخ دادند. بر این اساس صدور دستور عدم احیاء در غالب موارد (۶۱/۴٪) به صورت غیر رسمی و شفاهی صادر می‌شود. وجود بیماری‌های ناتوان کننده زمینه‌ای، وضعیت نامناسب قلبی پیش از ایست قلبی اخیر، پیش آگهی نامناسب برای بیماری زمینه ای و آسیستول بیش از ۲۰ دقیقه از متغییرهای اصلی و موثر در صدور دستور عدم احیاء می‌باشند.

نتیجه گیری: این مطالعه حاکی از شیوع بی ضابطه صدور دستور عدم انجام عملیات احیاء در بیمارستان‌ها می باشد. با توجه به این که در حال حاضر در کشور معیار مشخصی برای این انتخاب وجود ندارد، لازم است دستورالعمل استاندارد شده ای با استفاده از نظرات فقها و متخصصان مربوطه تعریف شود.

واژگان کلیدی: عدم احیاء قلبی و عروقی، اخلاق پزشکی، پیش آگهی بد

وصول مقاله: ۱۳۹۲/۰۳/۲۹ تایید مقاله: ۱۳۹۲/۰۶/۲۳

نویسنده پاسخگو: تهران - دانشگاه علوم پزشکی تهران - گروه پزشکی قانونی شماره تماس: ۶۶۴۰۵۵۸۸-۰۲۱ پست الکترونیک: okazi@live.com

مقدمه

عملیات احیاء قلبی تنفسی شامل کلیه اقدامات درمانی اولیه و پیشرفته در شرایط ایست قلبی تنفسی به دلایل مختلف بالینی است. عملیات احیاء در برخی از موارد به نتیجه مطلوب منجر می‌شود ولی در بسیاری از موارد نیز ناموفق است. در صورتی که تعریف ما از موفقیت، بازگشت به زندگی با کیفیت و طولانی، بدون نقص عضو آزاردهنده باشد؛ درصد موارد موفق بسیار اندک خواهد بود. با این تعریف بین ۷۰ تا ۹۸٪ از موارد احیاء انجام شده در اروپا ناموفق گزارش شده است (۱). در مطالعه انجام شده روی ۲۵۰ بیمار احیاء شده در سه بیمارستان آموزشی دانشگاهی تهران، ۶۴/۴٪ موارد احیاء همراه با مرگ، ۲۸/۴٪ با بهبودی موقت و تنها ۷/۲٪ همراه با بقای طولانی مدت بیمار بودند

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-20]

(۲). در مطالعه دیگری که در بیمارستان امام خمینی تهران انجام شده تنها در ۱۸/۴٪ موارد ضربان قلب پس از عملیات احیاء برگشته و از این میان هیچ موردی بیش از ۱۰۰ ساعت زنده نمانده است (۳).

رضایت آگاهانه بیمار برای انجام یا عدم انجام هر اقدام تشخیصی-درمانی از اصول اساسی اخلاق پزشکی می‌باشد. این موضوع در زمانی که ریسک عدم موفقیت اقدام درمانی یا ایجاد عوارض ثانویه نسبت به فواید آن بالا باشد از اهمیت بیشتری برخوردار خواهد بود چرا که از اصول دیگر اخلاق در پزشکی توجه به انتخاب بیمار با در نظر گرفتن نسبت فایده به ضرر اقدامات درمانی می‌باشد (۴).

با توجه به درصد نسبتاً پایین موفقیت در عملیات احیاء و احتمال بالای بروز عوارضی مثل اختلالات عملکرد مغزی و اختلالات حرکتی ناشی ازهیپوکسی ایجاد شده در زمان ایست قلبی تا بازگشت مجدد ضربان قلب و آسیب دنده‌ها و قفسه سینه، نقش بیمار در پذیرش درمان و عوارض احتمالی آن جدی‌تر می باشد. گاهی گروه و تیم پزشکی با در نظر گرفتن حال عمومی بیمار، سن، وضعیت عملکردی قلب پیش از ایست قلبی-تنفسی، زمان گذشته از ایست قلبی تا شروع عملیات احیاء و بیماری‌های زمینه‌ای و پیش آگهی آن‌ها، انجام عملیات احیاء را مفید ندانسته و دستور عدم انجام احیاء را صادر می کنند. در بسیاری از موارد نیز بیمار ترجیح می دهد تا با توجه به شرایط و عوارض موجود، دستور عدم احیاء را انتخاب کند (۵).

با توجه به اورژانسی بودن درمان در این وضعیت و عدم وجود شرایط مناسب بالینی بیمار جهت تصمیم‌گیری آگاهانه، بروز واکنش‌های اضطرابی و عاطفی و احساسی در همراهان بیمار و عدم وجود دستورالعمل مشخص کلینیکی در این گونه موارد، پزشک در سیر تصمیم‌گیری برای انجام یا عدم انجام احیاء دچار سردرگمی می‌گردد. این سردرگمی گاهی باعث تصمیم‌گیری‌های نامناسب شده و بیماری که می‌توانست از احیاء سود ببرد از آن محروم می ماند و بیماری که تمایلی برای این کار نداشت به زندگی کوتاه مدتی در بخش مراقبت‌های ویژه به همراه نقایص عمده جسمانی و استرس های روانی باز می‌گردد. برخورد با این موضوع در جوامع مختلف با توجه به تنوع درعقاید و باورهای مذهبی، آداب و رسوم و فرهنگ ها و وضعیت اقتصادی اجتماعی متفاوت است.

اخلاق بالینی یک مقوله کاربردی است که راهکاری سازمان یافته را برای کمک به پزشک در تبیین و تحلیل مباحث اخلاقی در طب بالینی فراهم می نماید (۶). شکی نیست که پزشک اجباری به ارایه درمان اثر یا همراه با اثر بسیار غیر محتمل ، ندارد (۷-۶). اقدامات درمانی مناسب مراقبت‌هایی هستند که در محدوده استانداردهای پزشکی قرار دارند. زمانی که یک اقدام درمانی حداقل توسط تعداد قابل قبولی از پزشکان مجرب به کار می‌رود، تعریف فوق صادق است (۱۰-۹). ارایه‌دهندگان خدمات درمانی موظفند به بیمار اجازه دهند تا از بین امکانات درمانی قابل قبول یکی را انتخاب کند یا تمام آن ها را رد کند و از طرف دیگر هیچ کس مجبور نیست اقدامی که به نظر او ضددرمانی است را انجام دهد. اگر چه پزشک به طور قانونی وظیفه دارد که پس از برقراری رابطه درمانی با بیمار، اقدامات لازم را انجام دهد (۱۱) اما این به آن معنی نیست که او موظف است هر درمانی را که بیمار در خواست می کند، ارایه دهد. در کتاب مسوولیت‌های قانونی پزشکان و بیمارستان‌های کانادا چنین بیان شده است که هیچ اجباری برای اطلاع رسانی یا ارایه درمان‌هایی که کاملاً بی‌اثر هستند، وجود ندارد و همچنین وظیفه ای برای انجام درمان های مغایر با مصالح عالی بیمار وجود ندارد (۱۲) و در شرایط ایده‌ال هر مرکز درمانی باید سیاست مشخصی برای حل این قبیل مسایل داشته باشد. این سیاست باید به طور روشن و مشخص روند برخورد با چنین درخواستی را تعیین نماید (۱۳). در این مطالعه سعی بر مشخص نمودن وضعیت موجود برخی از بیمارستاهای اصلی کشور و نظر پزشکان در رابطه با شرایط صدور دستور عدم انجام اقدامات احیاء است.

روش بررسی

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی است که به روش توصیفی تحلیلی به منظور بررسی در مورد صدور دستور عدم انجام عملیات احیاء در مراکز درمانی انجام شده است. جامعه پژوهش را پزشکان متخصص وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران تشکیل دادند. دو رشته تخصصی بیهوشی و طب اورژانس، به علت مواجهه بیشتر با بیماران نیازمند به عملیات احیاء، انتخاب شدند. در این تحقیق برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه ای که پایایی آن مورد تایید متخصصان رشته پزشکی قانونی قرار گرفته بود و روایی آن ۰/۴۵ تعیین گردید، استفاده شد. قسمت اول این پرسشنامه شامل اطلاعات جمعیت شناختی و زمینه‌ای پزشکان مشارکت کننده در مطالعه و قسمت دیگر در بر گیرنده نظرات شخصی پزشکان در مورد صدور دستور عدم انجام احیاء می‌باشد. سپس با اخذ معرفی نامه و کسب اجازه از مراکز ذیصلاح، پژوهشگر با معرفی خود و بیان هدف از انجام پژوهش و اخذ رضایت، نمونه‌ها جهت شرکت در تحقیق با تاکید بر محرمانه ماندن اطلاعات،درمیان افرادی که تمایل به شرکت در پژوهش داشتند، توزیع گردید.

برای توصیف نتایج درمورد متغیرهای عددی از میانگین، انحراف معیار و میانه و درمورد متغیرهای اسمی از تعداد (درصد) استفاده شد. برای سنجش اختلاف بین نظر افراد پاسخ دهنده و شرایط موجود از آزمون McNemar استفاده گردید. همگرایی بین این دو وضعیت با محاسبه ی آماره ی کاپا مورد بررسی قرار گرفت. برای انجام تجزیه و تحلیل در زیرگروه ها از آزمون های Pearson's chi square (یا آزمون Fisher's exact)، Student's t و آنالیز واریانس یک طرفه استفاده شد. سطح معنی‌داری آماری برابر ۰/۰۵ تعیین گردید. تجزیه و تحلیل آماری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه‌ی ۱۶ (SPSS Inc. Chicago, Illinois) به انجام رسید.

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-20]

یافته‌ها

در این مطالعه از مجموع ۱۱۵ پرسشـــنامه‌ای که به پزشکان ارایه شد، (۶۲٪) ۷۱ پزشک پرسشنامه را تکمیل نمودند که شامل ۱۸ زن و ۵۳ مرد بودند. (۸۱/۷٪) ۵۸ نفر از این افراد، متخصصان رشته‌ی هوشبری بودند. متوســط سابقه ی کار پزشــکان برابر ۵/۲± ۸ سال بود (از ۱ تا ۲۰ ســال). اطلاعــات زمینه‌ای افراد مورد مطالعه در جدول شــماره‌ی ۱ ذکر شــده اســت. در جــداول ۲ و ۳، اطلاعات توصیفــی مربوط به آیتم‌های پرسشــنامه ی مطالعه آورده شده است. بر طبق نتایج، بیشتر پاســخ دهندگان (۷۶/۱٪) ۵۴ صدور دستور عدم احیاء را امری اخلاقی می شــمردند. در غالب موارد، دســتور DNAR به صورت غیر رسمی و شــفاهی صادر می شود (۶۱/۴٪) ۴۳ و یا از روش‌های جایگزین، مانند دســتور احیای غیرموثر، بازهم به صورت شفاهی (۵۹/۴٪) ۴۱ استفاده می گردد. از سوی دیگر، مشاهده می‌شود که غالباً امکان دخالت بیمار یــا اولیای آنها در صدور یا عدم صدور دســتور DNAR وجود نداشــته است.

مقایســه‌ی بین وضعیت موجود (از دیدگاه پاســخ دهندگان) و نظرات شــخصی آن ها در جدول شماره‌ی ۳ آورده شده است. ضریب کاپا (که نشــان دهنده‌ی میزان همگرایی بین نظرات شخصی پزشکان و شرایط

جدول ۱- اطلاعات جمعیت شــناختی و زمینه ای پزشــکان مشارکت کننده در مطالعه

متغیر	شاخص توصیفی
جنسیت (مرد/زن)	۱۸/۵۳
تخصص هوشبری	
هوشبری	۵۸ (۸۱/۷٪)
طب اورژانس	۱۳ (۱۸/۳٪)
سابقه ی کار حرفه ای (سال)	۸ ± ۵/۲
محل خدمت	
بخش دولتی	۴۶ (۶۴/۸٪)
بخش خصوصی	۲ (۲/۸٪)
هر دو بخش	۲۳ (۳۲/۴٪)
محل فعالیت	
بخش بیمارستانی (بستری)	۱ (۱/۴٪)
اورژانس	۱۱ (۱۵/۵٪)
بخش مراقبت های ویژه	۲ (۲/۸٪)
اتاق عمل	۲۳ (۳۲/۴٪)
بیش از یکی از محل های فوق	۳۴ (۳۷/۳٪)

جدول ۲ - اطلاعات پایه درخصوص صدوردستور عدم انجام عملیات احیا (DNAR) در مراکز درمانی

موضوع مورد بررسی	(درصد) فراوانی
صدور دستور DNAR در بیمارانی که به تشخیص پزشک از عملیات احیا منفعتی نمی برند و نحوه ی آن	(n = ۷۰)
صدور به صورت کتبی	۵ (۷/۱٪)
صدور به صورت شفاهی	۴۳ (۶۱/۴٪)
عدم صدور DNAR	۲۲ (۳۱/۵٪)
استفاده از عملیات از احیای با تاخیر و غیرموثر در صورت عدم صدور DNAR	(n = ۶۹)
بله؛ با دستور شفاهی	۴۱ (۵۹/۴٪)
بله؛ با دستور کتبی	۱ (۱/۴٪)
عدم استفاده	۲۷ (۹/۲٪)
اخلاقی بودن صدور دستور DNAR (طبق نظر شخصی پاسخ دهندگان)	۵۴ (۷۶/۱٪)
DNAR در بیمارستان های خصوصی بیشتر رایج است یا دانشگاهی؟	(n = ۷۰)
خصوصی	۱۹ (۲۷/۱٪)
دانشگاهی	۱۰ (۱۴/۳٪)
نمی دانم	۴۱ (۵۸/۶٪)
وجود امکان تصمیم گیری بیماران یا اولیای آن ها درانتخاب انجام یا عدم انجام عملیات احیا و نحوه ی ثبت این تصمیم	(n = ۷۰)
بله؛ بصورت کتبی نظرشان ثبت می شود	۴ (۵/۷٪)
بله؛ نظرشان بصورت شفاهی و بدون ثبت رسمی اخذ می‌گردد	۱۰ (۱۴/۳٪)
عدم وجود این امکان	۵۶ (۸۰٪)

موجود اســت، دامنه‌ای از ۰/۱۲۵ تــا ۰/۵۸۴ دارد (با میانه‌ی ۰/۳۷۸) که در مجموع، نشــان دهنده‌ی همگرایی ضعیف بین نظرات شــخصی افراد و شــرایط واقعی قابل مشاهده در مراکز درمانی می باشد (نمودار ۱)، در تعــداد قابــل توجهی، این اختلاف نظــر از نظر آماری نیز معنی دار بوده است.

پزشکان، بیشــتر عقیده داشتند که باید برای صدور دستور DNAR به رضایت بیمار و یا درخواســت قبلی وی توجه کرد. از دیدگاه آنان، خود بیماران و نه همراهان آن‌ها دارای ارجحیت در تصمیم‌گیری می‌باشند. همچنین، پزشــکان شخصاً تمایل بیشتری به عدم انجام CPR داشتند؛ برعکس شــرایط موجود که بیشــتر طرفدار نظری اســت کــه از انجام CPR حمایت می کند؛ خواه بنا به خواست خود بیمار باشد یا براساس صلاحدید پزشک. پزشکان شرایط و پیش آگهی بد بیماری زمینه‌ای را

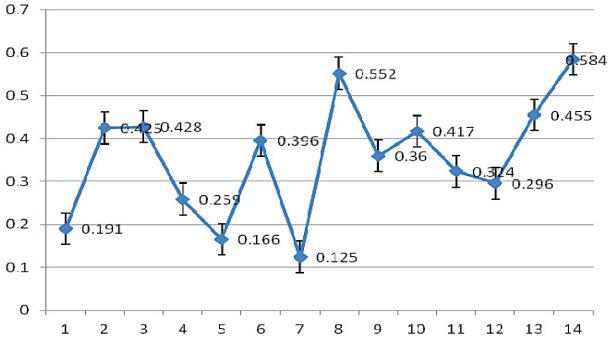
[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-20]

جدول ۳- مقایسه‌ی وضعیت موجود و نظرات شخصی پزشکان در مورد صدور دستور عدم انجام عملیات احیا

آیتم	تعداد پاسخ	وضع موجود	نظر شخصی	kappa	*P value
الزامی بودن رضایت بیمار یا اولیای آن ها برای صدور DNAR	۶۸	۱۸ (٪۲۶/۵)	۴۶ (٪۶۷/۶)	۰/۱۹۱	>۰/۰۰۱
موثر بودن شرایط و موقعیت های زیر در صدور DNAR					
سن بالا	۶۸	۳۰ (٪۴۴/۱)	۱۹ (٪۲۷/۹)	۰/۴۲۵	۰/۰۳۱
وجود بیماری های ناتوان کننده زمینه ای	۶۹	۳۰ (٪۴۳/۵)	۳۹ (٪۵۶/۵)	۰/۴۲۸	۰/۱۱۵
وضعیت نامناسب قلبی پیش از ایست قلبی اخیر	۶۷	۳۲ (٪۴۵/۱)	۴۰ (٪۵۸/۸)	۰/۲۵۹	۰/۲۳۰
پیش آگهی نامناسب برای بیماری زمینه ای	۶۹	۴۵ (٪۶۵/۲)	۵۹ (٪۸۳/۱)	۰/۱۶۶	۰/۰۰۴
آسیستول بیش از ۲۰ دقیقه	۶۸	۳۹ (٪۵۷/۴)	۴۷ (٪۶۹/۱)	۰/۳۹۶	۰/۱۶۷
تمایل یا درخواست قبلی بیمار مبنی بر عدم انجام احیا	۶۵	۱۱ (٪۱۶/۹)	۳۹ (٪۶۰)	۰/۱۲۵	>۰/۰۰۱
تمایل یا درخواست همراهان بیمار مبنی بر عدم انجام احیا	۶۷	۱۱ (٪۱۶/۴)	۱۹ (٪۲۷/۹)	۰/۵۵۲	۰/۱۰۹
وضعیت اقتصادی- اجتماعی بیمار	۶۷	۷ (٪۱۰/۴)	۴ (٪۵/۸)	۰/۳۶۰	۰/۲۱۹
وجود تخت خالی در ICU	۶۹	۷ (٪۹/۹)	۳ (٪۴/۳)	۰/۴۱۷	۰/۰۶۳
ارجحیت دادن به نظر بیمار، در صورتی که بین بیمار و همراهانش در مورد انجام CPR اختلاف نظر وجود داشته باشد	۶۰	۴۲ (٪۷۰)	۵۸ (٪۹۶/۷)	۰/۳۲۴	>۰/۰۰۱
ارجحیت دادن به نظر بیمار، در صورتی که بیمار تمایل به انجام CPR نداشته باشد ولی پزشک با نظر او مخالف باشد	۶۳	۵ (٪۷)	۱۶ (٪۲۵/۴)	۰/۲۹۶	۰/۰۰۳
ارجحیت دادن به نظر بیمار، در صورتی که بیمار تمایل به انجام CPR داشته باشد ولی پزشک با نظر او مخالف باشد	۶۳	۲۵ (٪۳۹/۷)	۱۴ (٪۲۲/۲)	۰/۴۵۵	۰/۰۰۷
ارجحیت دادن به نظر اولیای بیمار، در صورتی که بیمار هوشیار نباشد و بین نظر پزشک و اولیای بیمار در مورد انجام یا عدم انجام CPR اختلاف نظر وجود داشته باشد	۶۶	۱۵ (٪۲۲/۷)	۲۰ (٪۳۰)	۰/۵۸۴	۰/۷۵۴

* براساس آزمون McNemar

عاملی برای DNAR می دانستند ولی در مورد سن بالا، کمتر چنین مساله‌ای را نشان دادند؛ در حالی که در شرایط واقعی برعکس می‌باشد؛ یعنی سن بالای افراد می‌تواند بر صدور دستور DNAR توسط پزشکان تاثیرگذار باشد. در بررسی نقش عوامل زمینه‌ای در نظرات پاسخ دهندگان که آیتم های پرسشنامه، در زیر گروه‌های مختلف متغیرهای زمینه‌ای با یکدیگر مقایسه گردید. به جز در چند مورد زیر، ارتباط قابل توجهی بین این عوامل و نظرات افراد در مورد دستور DNAR به دست نیامد.



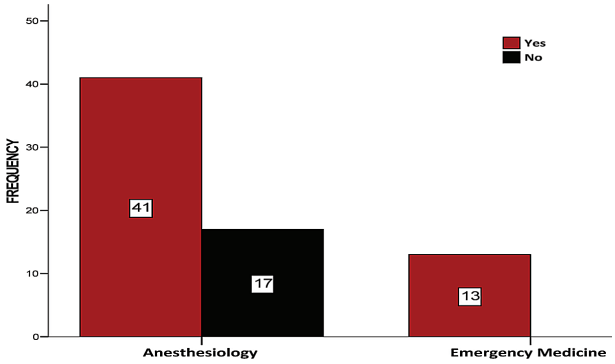
نمودار ۱ - همگرایی بین نظرات شخصی پاسخ دهندگان و شرایط موجود در مراکز درمانی درخصوص DNAR

بین رشته‌ی تخصصی پزشکان و DNAR ارتباط معناداری به دست آمد. همه‌ی متخصصان طب اورژانس به اخلاقی بودن DNAR معتقد بودند در حالی که ۴۱ نفر (٪۷۰/۷) از متخصصان هوشبری این امر را اخلاقی ذکر کرده بودند (۰/P VALUE = ۰۲۹) (نمودار ۲) همچنین پزشکانی که در بخش اورژانس مشغول بودند هم نسبت به سایر پزشکان، صدور دستور DNAR را بیشتر اخلاقی می‌دانستند (P VALUE = ۰/۰۳۱) (نمودار ۳).

بحث و نتیجه گیری

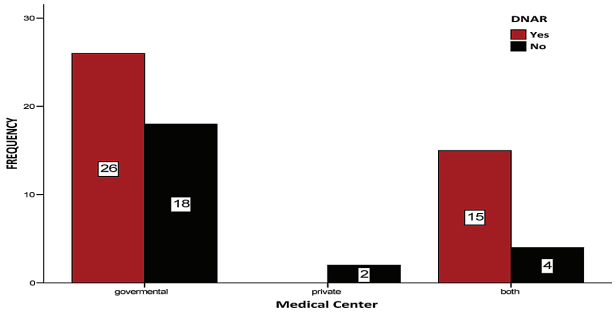
وضعیت صدور دستور عدم انجام اقدامات احیاء در ایران مبهم می باشد

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-20]



نمودار ۲- رابطه‌ی رشته ی تخصصی پزشکان و نظرشان در خصوص اخلاقی بودن DNAR

و برخلاف بعضی از کشورهای پیشرفته آمار دقیق مستندی از میزان شیوع دستور DNAR در بیمارستان‌های کشورمان نداریم. به عنوان مثال شیوع دستور مستند DNAR در مطالعه Kyle.E و همکارانش در بیمارستان شیکاگو ۱۰/۴٪، در مطالعه Gechild در بیمارستان فری برگ آلمان ۷٪ گزارش گردیده است (۱۵-۱۴). نتایج به دست آمده از این مطالعه نشان داد که در حال حاضر دستور انجام یا عدم انجام عملیات احیاء بر اساس نظر پزشک صادر می‌گردد و نظر بیمار و اولیاء وی نقش مهمی در این تصمیم‌گیری ندارد. نظر شخصی پزشکان نیز این روش تصمیم‌گیری را مورد تایید قرار داده است. در مطالعه‌ای که وگمن و همکارانش در مورد تصمیم در مورد پایان دادن به زندگی در افراد با معلولیت ذهنی در هلند انجام دادند چندین فاکتور را در مورد این تصمیم‌گیری در نظر گرفتند که شامل کیفیت زندگی، عملکرد خوب و در برخی موارد نظر خانواده و بستگان بیمار بود. لازم به ذکر است که در این تحقیق تصمیم پزشک بر نظر بیمار و بستگان او ارجح بود (۱۶). در مطالعه حاضر نظرات بیماران بر نظرات همراهانش ارجحیت دارد در مطالعه که ادوارد والین انجام دادند نیز به همین نتیجه رسیدند (۱۷). با مشاهده‌ی این نتایج می‌توان برداشت کرد که درمجموع، سن بالا، تمایل یا درخواست همراهان بیمار مبنی بر عدم انجام احیا، وضعیت اقتصادی- اجتماعی بیمار و وجود تخت خالی در



نمودار ۳- رابطه ی نوع مرکز درمانی و انجام DNAR در مورد بیماران با پیش آگهی نامطلوب

ICU، عوامل تعیین کننده‌ی مهمی در صدور دستور DNAR نمی‌باشند؛ اما وجود بیماری‌های ناتوان کننده زمینه‌ای، وضعیت نامناسب قلبی پیش از ایست قلبی اخیر، پیش آگهی نامناسب برای بیماری زمینه‌ای و آسیستول بیش از ۲۰ دقیقه که این متغیر بر اساس فاصله زمانی از گزارش شاهد تا شروع عملیات پیشرفته احیاء می‌باشد بدین معنی که مسوول تیم تخصصی احیاء در زمان اولین مواجهه با بیمار عدم وجود ضربان را اعلام می‌کند حال آن که به علت عدم دسترسی به کادر درمانی متخصص، عدم وجود علایم حیاتی ۲۰ دقیقه قبل از رسیدن بیمار به اورژانس توسط شاهد گزارش شده باشد، در تصمیم‌گیری برای DNAR اهمیت بیشتری دارند. در زمینه‌ی توجه به نظرات بیماران، عمدتاً نظارت آنان بر نظرات همراهانشان ارجحیت دارد؛ اما در مجموع، نظرات پزشکان در مقابل نظرات بیماران یا همراهانشان (در خصوص صدور یا عدم صدور دستور DNAR) ارجحیت دارد. در مطالعه حاضر وضعیت نامناسب قلبی پیش از ایست قلبی در تصمیم‌گیری برای صدور این دستور موثر بود و براساس پژوهشی که در گرجستان انجام گرفته، شامل بررسی پرونده ۲۱۸۱ بیمار که تحت احیاء قلبی قرار گرفته بودند، در ۱۸۸۴ مورد آن بیماران بدون نبض بودند. نتیجه این بررسی این بود که در کل بیماران احیاء قلبی در ۱۵٪ موارد موثر بوده است و در بیماران بدون نبض تنها سه مورد از بیمارستان مرخص شدند. بر این اساس تصمیم گرفته شد که وضعیت قلبی در تصمیم‌گیری برای صدور این دستور در نظر گرفته شود (۱۸). در این بررسی تاثیر بیماری ناتوان کننده زمینه ای در صدور دستور DNR موثر بوده است در تحقیقات قبلی هم به نتیجه حاضر رسیدند (۲۱-۱۹). در این مطالعه سن بالا در صدور این دستور موثر نبود ولی در مطالعات دیگر این متغیر موثر دانسته شده چرا که در این افراد شیوع مشکلات وبیماری‌های زمینه ای نیز بیشتر برآورد شده است (۲۴-۲۲). در این تحقیق پیش آگهی بد امری موثر در صدور دستور حاضر بود که مطابق با مطالعه‌ی پندرگاست در مورد تصمیم برای پایان دادن به زندگی در این بیماران بود (۲۵). مطالعه حاضر از نظر ترکیب جنسیتی شامل ۷۵٪ مرد و ۲۵٪ زن بود. شاید این اختلاف به دلیل تعداد بیشتر مردان در این دو رشته است. در مطالعه حاضر صدور دستور DNR از نگاه غالب پزشکان یک عمل اخلاقی است که این مخالف با نگرش تقدس نفس انسان و تاییدکننده نگرش کیفیت مطلوب زندگی است. مطالعات قبلی بر تاثیر نگرش پزشکان در این زمینه بر عملکرد آنها تاکید کرده است (۲۶). از نظر دینی اگر چه پزشک موظف به انجام تمامی اقدامات درمانی مفید برای حفظ جان بیمار است اما در مورد میزان تاثیر رضایت و اجازه بیمار بر انجام اقدامات درمانی و از آن جمله انجام یا عدم انجام عملیات احیاء و مسوولیت پزشک اختلاف نظرهایی وجود دارد (۲۸-۲۷). در بررسی اخیر نکته قابل تامل میزان بالای صدور غیر رسمی دستور عدم انجام احیاء و عدم اخذ رضایت بیمار و بستگان وی در این تصمیم‌گیری است. به دلیل عدم وجود قانونی مشخص، در بسیاری از نمونه‌های این مطالعه ،صدور دستور عدم احیاء

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-20]

را به صورت غیر رسمی وشفاهی صادر می کنند. بنابر این وضع قانونی شفاف در این زمینه، پزشکان را از سردر گمی نجات می دهد.
از محدودیت‌هـای ایـن مطالعـه می‌توان بـه محدود بـودن موقعیت جغرافیایی مطالعه اشـاره کرد. توصیه می‌شـود مطالعه‌ی وسـیع‌تر بر روی نمونه‌های بیشـتری از سراسر کشور انجام شود. علی‌رغم اطمینان بخشی مبنی بر محرمانه بودن اطلاعات فردی احتمال کم گزارش دهی را نمی‌تـوان نادیـده گرفت .هر چند این معضل در سـایر مطالعات نیز وجود داشـته است (۲۹). از دیگر محدودیت‌ها می توان به عدم شرکت عده ای از پزشکان وعدم پذیرش برخی از آنها در مطرح کردن موضوع طرح اشاره کرد.

در کشـور ما که اکثر قوانین ریشـه فقهی دارد، لازم است تا زمانی که احتمال نجات جان بیمار مطرح می‌باشد اقدامات درمانی و احیاء انجام پذیـرد و هیچ پزشـک و کادر درمانی حق ندارد با نظر شـخصی خود حتـی با نظر بیمار و همراهان اقدامـات درمانی را خاتمه دهد مگر این که بیمار فوت کرده باشـد. اما این موضوع در زمانی که حیات مسـتقر نمی باشـد، مثل مواردی که ایست قلبی و تنفسی حادث گردیده، نیاز به بررسی بیشتر دارد که با در نظر گرفتن شیوع بالای این اتفاق و باور عده کثیری از پزشکان مبنی بر اخلاقی بودن صدور دستور عدم احیاء، ورود صاحب نظران حقوقی و فقهی به این امر الزامی به نظر می رسد.

References

1- Lippert FK. Raffay V. Georgiou M. et al, European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 10. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions Resuscitation. 2010; 81: 1445-51.

2- Salari A, Mohammad-Nejad E, Vanaki Z, Ahmadi F. The outcome of resuscitation and the survival length. Journal of nursery and special care. 2011; 2(3): 45-49. [Persian]

3- Barim-nejad L, Rasouli M, Barim-nejad V, Samiee S, The prevalence of factors which affect on resuscitation outcome in Emam Khomeini Hospital of Tehran University of Medical Sciences in 2004. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences. 2006; 4(4): 228-235. [Persian]

4- Burkle CM. Swetz KM. Armstrong MH. Keegan MT. Patient and doctor attitudes and beliefs concerning perioperative do not resuscitate orders: Anaesthesiologists' growing compliance with patient autonomy and self determination guidelines. BMC Anaesthesiology. 2013,13:2. www. biomedcentral. com/1471-2253/13/2.

5- C Barber. Death, dying and people with a learning disability. British Journal of Healthcare Assistants. 2012; 6(2): 74 – 77.

6- Higgs R. Truth-telling, lying and the doctor-patient relationship. In: Gillon R. Principles of health care ethics. Chichester: John Wiley & Sons. 1994; 499-509.

7- Truog RD. Brett AS. Frader J. The problem with futility. N Eng J Med. 1992; 326: 1560-64.

8- Canadian parliamentary. The special senate committee on euthanasia and assisted suicide. End of life and death final report 1995. http://www.revparl.ca/18/2/18n2_95e_levy.pdf

9- Freedman B, McGill/Boston Research Group. Nonvalidated therapies and HIV disease. Hastings cent Rep 1989; 19(3):14-20.

10- Brett AS, Acullough LB. When patient's request specific interventions: Defining the limits of the physician's obligation. N Engl J Med .1986; 315: 1347- 51.

11- US President's commission for the study of ethical problems in medicine and biomedical research. Deciding to forgo life-sustaining treatment: A report on the ethical, medical and legal issues in treatment decision. Washington: the commission; 1983.

12- Picard EI, Robertson GB. Legal liability of doctors and hospital in Canada. 3rd ed. Scarborough carswell. 1996; 264-5.

13- Halevy A, Brody BA. A multi-intenstitution collaborative policy on medical futility. JAMA .1996; 276: 571-574.

14- Karches KE, Chung GS, Arora V, et all. Religiosity, Spirituality, and End- of- Life planning: A single-site survey of medical inpatients. Journal of pain and symptom Manangement. 2012; 44: 843-51.

15- Becker G, Sarhatlic R, Olschewski M, Xander C. End- of- Life care in Hospital: Current practice and potentials for improvement. Journal of pain symptom Management. 2007; 33: 710-19.

16- Wagemans A, Proot I, Metsemakers J, Tuffrey-

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-20]

Wijne I, The factors affecting end of life decision making by physicians of patients with intellectual disabilities in the Netherlands. J Intellect Disabil Res. 2013;57(4):380-9.

17- Edwards A. Elwyn G. Inside the black box of shared decision making: Distinguishing between the process of involvement and who makes the decision. Health Expectations. 2006; 9: 307-20.

18- Van Walraven C, Forster AJ, Parish DC, et al. Validation of a clinical decision aid to discontinue in-hospital cardiac arrest resuscitations. JAMA. 2001; 285: 1602–6.

19- Duncan RA. Paterson B, Can we improve the care of patients dying in the emergency department? Nursing attitudes towards the introduction of a modified Liverpool care pathway. Annuals of Emergency Medicine. 2008; 51(4): 552-6.

20- Glare P. Sinclair C. Downing M. et al. Predicting survival in patients with advanced disease, European Journal of Cancer. 2008; 44(8): 1146–56.

21- McCarron M. McCallion P. End-of-life care challenges for persons with intellectual disability and dementia: Making decisions about tube feeding. Intellectual and Developmental Disabilities. 2007; 45(2): 128–31.

22- Fromme EK. Guthrie AE. Grueber CM. Transitions in end-of-life care: The Oregon trail. Frontiers of Health Services Management. 2011; 27(3): 3–16.

23- Hillman K, Dying safely. International Journal for Quality in Health Care. 2010; 22(5): 339–40.

24- Hillman K, Chen J, Managing conflict at the end-of-life, Yearbook of Intensive Care and Emergency Medicine, Berlin, Springer. 2009; 969–78.

25- Endergast TJ. Resolving conflicts around the end of life care. New horizons .1997; 5: 62-71.

26- Miljeteig I. Norheim OF. My job is to keep him alive, but what about his brother and sister? How Indian doctor experience ethical dilemmas in neonatal medicine: Dev World Bloeth. 2006; 6: 23-32.

27- Oodeh A. Attashrioljenaiioleslami. Beirut: Darol ketabelarabi; 1974: 441.

28- Mohaghaghe Helli. Sharayeoleslam Najafe Ashraf: Matbool adab; 1976.

29- Rebagliato M, Cuttini M, Broggin L. Neonatal end of life decision making. JAMA 2000; 284(19): 2451-9.

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-20]

A Survey on 'Do Not Attempt Resuscitation Order' in Patients with Cardiopulmonary Arrest

Okazi Arash*† - Bakhshandeh Hooman - Ghadipasha Masoud*** - Mehdizadeh Farzaneh****- Shaban Negad Zahra*****

* MD, Assistant Professor in Forensic Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
** PhD, Assistant Professor in Epidemiology, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
*** MD, Assistant Professor in Forensic Medicine, Legal Medicine Research Center, Legal Medicine Organization, Tehran, Iran
**** Forensic Medicine Specialistm Qom Center, Legal Medicine Research Center, Legal Medicine Organization, Tehran, Iran

Abstract

Introduction: *Do not attempt resuscitation (DNAR) order is issued despite continuing the basic treatment in patients with a cardiopulmonary arrest. Resuscitation would not start if the patients have a previous request for DNAR by their physicians or relatives. In Iran, we don't have any accreditation for DNAR order. So, this command is done informally and based on the physician individual opinion. In this study, current situations in our hospitals and the variables which medically affect in this order are evaluated.*

Method: *A blind standard questionnaire in DNAR order field was completed by 62% of anesthesiology and emergency medicine specialists. Data were analyzed by 16th version of SPSS software.*

Results: *Totally, 71 physicians were completed the questionnaire. In 61.4% of cases informal and verbal commands are issued. An underlying debilitating disease, a prior cardiac arrest, poor cardiac condition before recent cardiac arrest, an underlying poor prognosis disease, asystol rhythm taken more than 20 minutes are the main variables for having DNAR orders.*

Discussion: *This study showed that DNAR order is done in our hospitals not based on a formal guideline. So, we need to provide a formal protocol in conjunction with jurisprudents and other related experts.*

Keywords: *No Resuscitation, Medical Ethics, Poor Prognosis*

Received: 19 Jun 2013 *Accepted: 14 Sept. 2013*

†Correspondence: Forensic Medicine Department, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
Tel: +98 (21) 66405588 Email: okazi@live.com

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-20]