نشریه پرستاری قلب و عروق، دوره دوم، شماره ٤، زمستان ۱۳۹۲
Cardiovascular Nursing Journal, 2(4), Winter 2014

مقاله مروری

اخلاق و مراقبت های پرستاری به هنگام مرگ و مردن

***ژاسمن شاه نظری[1]، دکترای مدیریت خدمات بهداشتی درمانی**

خلاصه

هدف. هدف این مقاله، معرفی نکات ضروری در مراقبت های پرستاری برای بیماران در شرف مرگ است.

زمینه. مرگ قسمتی از فرایند زندگی انسان ها است. براساس آمار، بیشترین علل مرگ و میر در آمریکا بیماری های قلبی و سرطان است. تعریف مرگ، مراقبت های پرستاری برای بیماران مشرف به مرگ و اهمیت این مراقبت ها مورد توجه محققین قرار داشته است.

روش کار. این مقاله با بررسی متون مربوط به موضوع مرگ و بیماران مشرف به مرگ به معرفی مراقبت های پرستاری برای این دسته از بیماران و نکات اخلاقی مربوط می پردازد.

یافته ها. بیماران مشرف به مرگ مراحل متعددی از انکار تا پذیرش را طی می کنند و مراقبت پرستاری از بیماران مشرف به مرگ جزئی از وظایف مراقبتی پرستاران محسوب می شود که ابعاد جسمی و عاطفی آنها را در بر می گیرد.

نتیجه گیری. در هنگام مراقبت از بیماران در مراحل پایان زندگی باید از مراقبت های تسکین دهنده برای آنان استفاده شود، چون در این زمان انجام تدابیر درمانی دیگر موثر نمی‌باشد. این مراقبت ها از زمانی که تشخیص بیماری تهدید کنندهٔ زندگی داده می شود شروع می شوند و تا زمان بهبودی یا حتی مرگ و عزاداری نیز ادامه می‌یابند.

کلیدواژه ها: بیمار مشرف به مرگ، مراقبت های پرستاری، اخلاق

۱ استادیار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران (* نویسنده مسئول) پست الکترونیک:
dr_j_shahnazari@yahoo.com

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

مقدمه

آگوستین گفته است: "به محض اینکه کسی متولد می‌شود می‌گویند: او از مرگ رهایی نمی‌یابد. برای همه موجودات این جهان رهایی از مرگ وجود ندارد". مرگ معمولاً به دنبال افزایش سن یا بیماری شدید به سراغ انسان می‌آید و شاید بتوان گفت که مرگ قسمتی از فرایند زندگی انسان ها است. براساس آمار، بیشترین علل مرگ و میر در آمریکا بیماری های قلبی و سرطان است. براساس گزارش بونو و همکاران (۲۰۱۲) مرگ و میر بیماری های قلبی عروقی در خاورمیانه و آفریقای شمالی شامل ۴۸ درصد بیماری عروق کرونر، ۱۹ درصد بیماری عروق مغز، ۱۶ درصد سایر بیماری قلبی عروقی، ۱۱ درصد فشار خون بالا، ۴ درصد بیماری های التهابی قلب و ۲ درصد بیماری های قلبی روماتیسمی بوده است. از طرف دیگر، سالانه برای بیش از ۱/۵ میلیون آمریکایی تشخیص سرطان داده می‌شود و دومین عامل مرگ و میر در آمریکا است. بیش از ۵۶۰۰۰۰ آمریکایی، سالانه از یک بیماری بدخیم جان می‌سپارند و بیشترین سرطان ها در مردان به ترتیب شامل ریه، پروستات و کولون و رکتوم، و در زنان ریه، سینه و کولون و رکتوم است (اسملتزر و همکاران، ۲۰۰۸).

مرگ در نوجوانان معمولاً ناگهانی و خشن است و علل مرگ آنان می‌تواند موارد زیر باشد: تصادفات (حوادث مربوط به تصادفات با وسایل موتوری اکثراً باعث مرگ افراد زیر ۴۵ سال می‌شود)، قتل (دومین عالم شایع مرگ در سنین ۱۵ تا ۲۴ سال و ششمین عامل مرگ در سنین ۲۵ تا ۴۴ سال است)، خودکشی (سومین عامل اصلی مرگ در سنین ۱۵ تا ۲۴ سال و چهارمین عامل مرگ برای سنین ۲۵ تا ۴۴ سال است)، سرطان و بیماری های قلبی عروقی (چهارمین و پنجمین عامل شایع مرگ در سنین ۱۵ تا ۲۴ سال و دومین و سومین عامل مرگ برای گروه سنی ۲۵ تا ۴۴ سال است)، اچ آی وی و ایدز (پنجمین عامل مرگ در سنین ۲۵ تا ۴۴ سال و هفتمین عامل در سنین ۱۵ تا ۲۴ سال است (مرکز اخلاقیات زیستی دانشگاه مینه سوتا، ۲۰۰۵).

تعریف مرگ

مرگ یعنی نقطه‌ای که علائم حیاتی جسم ما به پایان می‌رسد و از بین می‌رود. در گذشته، مرگ انسان آسان‌تر تعریف می‌شد. وقتی مغز و ریه از فعالیت باز می‌ایستد گوییم فرد مرده است. گاهی مغز ما قبل از اینکه کار قلب و ریه متوقف شود، از کار و فعالیت باز می‌ماند و گاهی هم بعد از آن، ولی اکثراً قطع فعالیت‌حیاتی این اندام ها در یک زمان پیش می‌آید. با پیشرفت حمایت های حیاتی مرز بین مرگ و زندگی مخدوش تر شده است. امروزه پیشرفت تکنولوژی ما را با نوع جدیدی از بیماران مواجه ساخته است. یعنی اگر در حین سانحه، بیماران تحت احیاء قلبی ریوی مغزی قرار گیرند و به بیمارستان رسانده شوند ممکن است قلب و ریه آنها فعالیت داشته باشد، ولی عملکرد مغزی نداشته باشند. بنابراین، لازم است تعریف دقیق‌تری از مرگ ارائه شود تا کاملاً مشخص شود که فرد از نظر جسمی و قانونی مرده است (پال، ۲۰۰۵).

Uniform Determination of Death Act (UDDA) از سال ۱۹۸۱ به بعد این تعریف را برای مرگ ارائه داده است: فردی مرده تلقی می‌شود که گردش خون و تنفسش به طور غیر قابل برگشت از کار افتاده باشد و کلیه فعالیت‌های مغز که شامل قاعدهٔ مغز نیز می‌شود از بین رفته باشد (براون، ۲۰۱۳). وقتی می‌گوییم مرگ مغزی، یعنی مغز فعالیتی ندارد و هرگز دوباره فعالیت نخواهد داشت. مغز برای فعالیت فرد نیاز به اکسیژن دارد و وقتی جریان خون مغز به علت توقف فعالیت قلب از کار بیافتد اکسیژن کافی به سلول های مغز نمی‌رسد و بدون اکسیژن، سلول های مغز دچار صدمه می‌شود و هرگز این صدمه ترمیم نخواهد شد.

برای تایید مرگ مغزی نیاز به آزمایشات زیر داریم: فعالیت الکتریکی مغز (اگر مغز فعالیت الکتریکی نداشته باشد مرگ مغزی اعلام می‌شود. برای به دست آوردن اطلاعات در مورد فعالیت‌الکتریکی مغز از الکتروانسفالوگرافی استفاده می‌شود)، گردش خون (تست گردش خون تعیین کنندهٔ گردش خون مغزی است)، فعالیت تکنیکی مغز (رفلکس‌های غیر ارادی یعنی تنفس و انقباض مردمک چشم در مقابل نور انجام نگیرد) (مرکز اخلاقیات زیستی دانشگاه مینه سوتا، ۲۰۰۵).

بسیاری از بیماران قبل از پایان زندگی خود در بخش های مراقبت ویژه بستری می‌شوند و نیاز به مراقبت بیشتر دارند و باید متوجه بود که آنان و خانواده شان نیاز به توجه خاص دارند. ولیئی (۱۳۹۱) از قول آقاجانی می‌نویسد، پرستاران به عنوان یکی از افراد تیم درمان نقش اساسی در مراقبت از بیماران در مراحل آخر زندگی به عهده دارند. این مسئله باعث می‌شود که آنها به دنبال مراقبت از

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

بیماران شان اضطراب بیشتری نسبت به پرستاران سایر بخش ها داشته باشند. وی از قول کالین می‌افزاید، پرستاران بخش های ویژه هنگام مراقبت از بیماران در مراحل پایانی زندگی شان بیشتر دچار گیجی، درماندگی و ناامیدی می‌شوند.

چرا مراقبت های پرستاری به هنگام مرگ و مردن مهم است؟

آنچه حائز اهمیت است این است که باید شرایطی برای بیمار فراهم شود تا او بتواند مراحل پایانی زندگی خود را به راحتی و آرامش پشت سر بگذارد که در این صورت می گوییم برای بیمار "مرگ آرام" فراهم شده است. رعایت اصول اخلاقی به هنگام مرگ بیماران بسیار مهم است، چون باید در این مرحله، حرمت انسانی بیمار رعایت شود و درمان هایی که برای او انجام می‌شود سودبخش است و صدمه رسان نیست، یعنی باید از انجام درمان های اضافی که برای بیمار حاصلی جز ناراحتی ندارد اجتناب نمود و ضمناً با انجام آن تدابیر، صدمه‌ای را متوجه بیمار نکرد (انجمن پزشکان عمومی). برهمین اساس، منشور حقوق بیمار در ایران در سال ۱۳۸۰ توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین گردید که شامل ۱۰ بند بود و مجدداً در سال ۱۳۸۸ به تمامی دانشگاه ها و بیمارستان ها ابلاغ شد. در بند ۱-۱۴ چنین آورده شده است: "در مراحل پایانی حیات که وضعیت بیمار غیر قابل برگشت و مرگ بیمار قریب‌الوقوع 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 وی و خانواده‌اش در زمان احتضار می‌باشد. بیمار در حال احتضار حق دارد در آخرین لحظات زندگی خویش با فردی که می‌خواهد همراه گردد (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ منشور حقوق بیمار).

ارائه مراقبت خوب به بیمار در مراحل پایانی زندگی باعث می شود وی با موقعیت های محدود کننده زندگی خود تا حد امکان راحت‌تر زندگی کند و با احترام بمیرد. همچنین، خانواده بیمار نیز از مراقبت با کیفیت بالا بهره‌مند می‌گردند. تصمیم‌گیری ها در این مراحل ممکن است از نظر بالینی پیچیده و از نظر عاطفی ناراحت کننده باشند. موقعیت هایی که موجب محدودیت زندگی می‌شوند عبارتند از: الف) نارسایی یک عضو یا سیستم که به دنبال آن، بیمار به طور ناگهانی در نتیجهٔ یک بحران حاد می‌میرد (نارسایی قلب، نارسایی مزمن تنفس و غیره)، ب) موقعیت های حاد که به دنبال حوادث شدید ایجاد و باعث تهدید زندگی می‌شوند (صدمه به مغز به دنبال ضربه مغزی)، ج) وضعیت های پیشرونده (سرطان و نسیان)، د) شرایط نباتی دائمی (PVS) و شرایط مشابه که باعث برگشت ناپذیری هوشیاری می‌گردد.

پایان زندگی موضوع بسیار مهمی در بخش مراقبت های ویژه است، چون هدف اولیه این بخش ها انجام مراقبت های لازم و ضروری برای حفظ حیات بیمار است و مرگ، نشانه و علامت شکست در این کار است. اصولاً کلیهٔ فرهنگ ها و جوامع بر نجات زندگی انسان تأکید دارند، نه مرگ او و به این دلیل اگر ما واژه‌هایی چون صرف نظر کردن از درمان یا عدم احیاء قلبی ریوی یا جدا کردن از دستگاه تنفس مصنوعی را به کار بریم، دارای بار منفی می‌باشند و موجب هراس و نگرانی خانواده بیمار می‌شوند. امروزه برای عدم ارائه درمان از واژهٔ passive euthanasia استفاده می‌شود. جالب است بدانیم که این مسئله در پزشکی و پرستاری برای اولین بار در سال ۱۹۹۸ و بعد در سال های ۲۰۰۱ به بعد مورد توجه قرار گرفته و مطالبی در مورد آن نگاشته شده است و دلیل آن مطالعه وسیعی بوده که در این زمینه انجام گرفته است. در این مطالعه بزرگ ۹۰۰۰ بیمار مبتلا به بیماری های وخیم در پنج مرکز درمانی مورد بررسی قرار گرفتند و براساس نتایج به دست آمده توصیه‌های درمانی مناسب انجام گرفت که عبارتند از الف) بیماران دچار بیماری های کشنده و خانواده شان بایستی از مراقبت های معتبر که با مهارت کامل انجام می‌شود برخوردار گردند، ب) کارکنان حرفه های بهداشتی باید مراقبت های خود را از بیماران در حال موت بهبود بخشند، ج) سیاستگذاران و مصرف کنندگان این خدمات بایستی با افراد شاغل در حرفه های بهداشتی در این زمینه فعالیت نزدیک و سازنده داشته باشند، د) مراقبت از بیمار در مراحل پایان زندگی باید در مطالب درسی کارکنان حرفه های بهداشتی گنجانده شود، ه) درمان های تسکین دهنده برای این بیماران باید توسعه یابد و کارکنان بهداشتی در این زمینه آموزش های لازم را دریافت نمایند، و) در مورد تجربهٔ مرگ و مردن باید جامعه را بیشتر آگاه نمود، ز) برای انجام تحقیقات در مورد مراحل پایان زندگی باید سرمایه‌گذاری کرد (اردن و همکاران، ۲۰۱۰).

در مراحل پایان زندگی یا مواجه شدن با شرایطی که باعث می‌شود فرد از یک بحران در زندگی خود مطلع گردد براساس گفته کوبلر راس، فرد پنج مرحله را پشت سر می‌گذارد. اگر فرد بیهوش باشد باید توجه داشت که خانواده او نیز این مراحل را طی خواهند کرد، بنابراین، لازم است که پرستاران از این مراحل مطلع باشند.

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

مرحله انکار. انکار می‌تواند عکس‌العمل سازگاری باشد که بعد از یک خبر بد و ناراحت کننده به عنوان یک درمان از طرف فرد مورد استفاده قرار می‌گیرد که می‌تواند بسیار مفید باشد، به شرطی که به صورت دردناک و ناراحت کننده نباشد و مدت آن خیلی طولانی نگردد.

مرحله خشم. در این مرحله بیمار ممکن است ایزوله شود و با خانواده و سایرین ارتباط برقرار نکند و مرتباً احساس خشم خود را با مطرح کردن این سوال "که چرا من؟" ابراز نماید.

مرحله چانه زدن. در این مرحله بیمار بیشتر با خدا به چانه زنی می‌پردازد و این مرحله می‌تواند برای بیمار مفید باشد. اگر بیمار نتواند در مرحله سخت با واقعیت کنار آید و در مرحله دوم از خدا و خانواده خود عصبانی باشد، شاید نتواند این مرحله را به راحتی طی کند. در این مرحله باید اجازه داد بیمار احساسات خود را بیان نماید و باید او را با امید واقع گرایانه و مثبت حمایت نمود.

مرحله افسردگی. این عکس‌العمل بسیار عادی و تطابقی است. باید افسردگی بیمار را بررسی نمود و مورد درمان قرار داد. پرستاران باید بیمار و خانواده را تشویق به بیان احساسات و غم خود نمایند.

مرحلهٔ پذیرش. اگر بیمار وقت کافی داشته باشد و در مراحل پیشین به او کمک شده باشد به مرحله‌ای می‌رسد که طی آن نسبت به سرنوشت خود، نه غمگین و نه افسرده است و نه خشمگین. او در خلال این مدت توانسته احساسات گذشته، حسرت زندگی و سلامت و احساس خشم خود را نسبت به آنهایی که زنده می‌مانند ابراز نماید (اسملتزر و کوبکر راس، ۲۰۰۸ و ۱۳۶۸).

مراقبت های پرستاری به هنگام مرگ و مردن

با درنظر داشتن کلیهٔ شرایط ذکر شده، کمک به بیمار در طی این مراحل لازم است. در هنگام مراقبت از بیماران در مراحل پایان زندگی باید از مراقبت های تسکین دهنده برای آنان استفاده شود، چون در این زمان انجام تدابیر درمانی دیگر موثر نمی‌باشد. این مراقبت ها از زمانی که تشخیص بیماری تهدید کنندهٔ زندگی داده می شود شروع می شوند و تا زمان بهبودی یا حتی مرگ و عزاداری نیز ادامه می‌یابند.

درد. اگر بیماران هوشیار نباشند می‌توان از علائم جسمی خاص و حرکات و نیز علائم عصبی عضلانی، حالات چهره یا عکس‌العمل آنها پی به وضعیت و درد آنان برد. مطالعهٔ لارنس که بر روی صد بیماری که از درد خود تجربیاتی را به خاطر می‌آوردند و زمانی در بخش ویژه در وضعیت بیهوشی به سر می‌بردند انجام شد نشان داد که آنان در زمان بی هوشی قادر بودند مسائل را بشنوند، درک کنند و به طور عاطفی در مورد آنچه می‌خواستند بگویند، و عکس العمل نشان دهند. به همین دلیل اعتقاد بر این است که بیماران بیهوش درد را حس می‌کنند و باید همانند بیماران هوشیار تحت درمان قرار گیرند. اولین قدم در برطرف کردن درد بیمار به کارگیری داروهای غیر مخدر هستند و در صورتی که درد تخفیف نیافت از داروهای مخدر باید استفاده کرد.

داروهای مخدر باعث ایجاد آرامش، کاهش درد و برطرف کردن اضطراب می‌شوند. مرفین برای این مسئله داروی انتخابی است و می‌توان دوز آن را بالا برد. باید توجه نمود که اگر بیماران تحت تهویه مصنوعی نباشند ممکن است دچار دپرسیون تنفسی شوند بنابراین در این بیماران از داروهای غیر مخدر یا بیهوش کننده‌های خاص می‌توان استفاده کرد. در زیر، سایر علائم بیماران نزدیک به مرگ و مراقبت های پرستاری مربوط به آن ها شرح داده می شوند.

تنگی نفس. تنگی نفس پایانی و دیسترس تنفسی از مسائلی است که با ارزیابی دقیق بیمار می‌توان جهت برطرف کردن این مشکل اقدام نمود. برای این منظور می‌توان از مخدرها و مسکن ها که دسترسی تنفسی را بهبود می‌بخشند استفاده کرد. همچنین، با تغییر وضعیت، دادن اکسیژن و غیره نیز می‌توان تنفس بیمار را بهبود بخشید. مرفین اضطراب و تنش عضلات را کم می کند و باعث گشاد شدن عروق ریه می شود. در مورد بیمارانی که برای آنها منع مصرف مخدرها وجود دارد می توان از بنزودیازپین ها استفاده کرد که اثرات ریوی کمتری دارند. درمان بایستی براساس گزارش بیمار در رابطه با بهبود وضعیت تنفس ادامه یابد.

تهوع و استفراغ. بروز تهوع و استفراغ در مراحل پایانی زندگی شایع است و با داروهای ضدتهوع بهبود می‌یابد. علت آن ممکن است انسداد روده باشد یا علامت خود بیماری که در این زمان باید به درمان های سودآور و بی ضرر بیشتر توجه نمود.

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

تب و عفونت. در زمان مرگ ممکن است بیماران چار عفونت های مختلف باشند که به دنبال آن دچار تب نیز بشوند. مصرف آنتی بیوتیک ها باید با درنظر گرفتن شرایط بیمار باشد و برای راحتی بیمار می‌توان از داروهای تب بر، پتوهای سردکننده یا یخ و غیره برحسب وضعیت و راحتی او سود جست.

ادم. ممکن است بیمار دچار ادم باشد که می‌توان از دیورتیک ها برای برطرف کردن ادم استفاده کرد. ولی باید توجه داشت که استفاده از دیالیز در مراحل پایانی زندگی به جهت راحتی بیمار توصیه نمی‌شود. مصرف مایعات برحسب وضعیت بیمار باید تنظیم گردد.

اضطراب. لازم است اضطراب بیمار براساس کلام و رفتار او بررسی شود و تغییرات علائم حیاتی نیز ارزیابی گردد. در این هنگام می‌توان از بنزودیازپین ها به ویژه میدازولام به دلیل نیمه عمر کوتاه و شروع تأثیر سریع استفاده کرد.

هذیان. در این بیماران، هذیان بسیار دیده می‌شود و تجویز هالوپریدول می‌تواند موثر باشد. بسیاری از پزشکان از داروهای نورولیتیک برای درمان ناآرامی بیمار استفاده می‌کنند.

اختلال متابولیکی. درمان اختلالات متابولیکی، مشکلات پوستی، آنمی و هموراژی باید براساس اصل حفظ راحتی بیمار صورت گیرد.

برقراری آسایش. تدابیر پرستاری در مراحل پایان زندگی باید متمرکز بر راحتی بیمار باشد و باید از مراقبت های شدید و کنترل غیر ضروری علائم حیاتی و آزمایشات اضافی و هرگونه درمانی که راحتی بیمار را برهم زند اجتناب شود.

باید توجه داشت که در این مراحل بیماران با افراد نزدیک خود که قبلاً فوت کرده‌اند صحبت می‌نمایند و از آمادگی سفر خود، توصیف محلی که می‌بینند و حتی اطلاع از زمان مرگ را بیان می‌نمایند. در این مرحله لازم است افراد خانواده با بیمار مرتباً در تماس باشند و حتماً تصمیم‌گیری های مختلف با نظر آنان صورت گیرد.

شاید یکی از مراحل دراماتیک در این زمان جداسازی بیمار از دستگاه تهویه مصنوعی باشد که برای این عمل لازم است هماهنگی با خانواده بیمار انجام شود، چون ممکن است بعضی از اعضای خانواده هنوز بر بالین بیمار حاضر نشده باشند. در این مرحله بهتر است بیمار به اطاق جداگانه‌ای منتقل شود. حتماً در آن اطاق به آرامی و آهسته صحبت شود و هرگز پرستاران یا مراقبین در آنجا نباید بخندند، چون این مسائل باعث بهم خوردن سوگواری خانواده می‌شود. وقتی بیمار از دستگاه تهویه مصنوعی جدا می‌شود اگر زندگیش وابسته به دستگاه بوده باشد، مرگ در عرض چند دقیقه اتفاق می‌افتد. خانواده بیمار باید آگاه باشند که بعد از جداکردن بیمار از دستگاه، بیمار ممکن است صداهای تنفسی خاصی داشته باشد. باید توجه نمائیم که اطراف بیمار و خود بیمار کاملاً تمیز و مرتب باشد و کلیهٔ وسایل اضافی از کنار بیمار خارج شود.

در این مراحل توجه به خانواده بیمار حائز اهمیت است. باید به آنان توصیه شود که به هنگام سوگواری و گریه در کنار بیمار آرامش خود را حفظ نمایند، چون صدای بلند آنها می‌تواند مخل آسایش سایر بیماران گردد. همچنین، باید به آنها اجازه داد که سوال های خود را مطرح نمایند و در صورت امکان در کلیهٔمراحل در کنار بیمار باشند تا از انجام کلیهٔ خدمات و درمان ها برای بیمارشان اطلاع داشته باشند، چون این مسئله باعث می‌شود راحت تر بتوانند با مسائل پیش آمده تطابق نمایند (ارون و همکاران، ۲۰۱۰).

منابع فارسی

کوبلر راس. امید زندگی (روانشناسی بیماران درمان ناپذیر). ترجمه: حجاران،احمد. تهران:ویس. ۱۳۶۸.

مدرسان گروه حاکمیت بالینی دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. حقوق بیمار. قابل دسترسی در:
http//:vc-trethment kums.ac.ir/kums-content/medical…14705-orig.ppt

ولیئی، سینا و همکاران. تبیین تجربه پرستاران مراقبت ویژه از مراقبت بیماران مرحله آخر حیات: یک مطالعه کیفی. مجله دانشکده پرستاری و مامایی کردستان، دوره اول شماره اول، زمستان ۱۳۹۱.

منابع انگلیسی

Brown, L. Marna.Uniform Determination of Death Act.New Jersey Law Revision Commission. July 9,2012.

Bono, and etal. Branwald s Heart Disease. Philadelphia: Saunders,2012.

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

Center for Bioethics University of Minnesota. End of Life care: An Ethical Overview. 2005, Available at: http://www.ahc umc.edu/img/assets/26104.
General Medical Council. End of Life Treatment and Care: Good Practice in Decision Making.2010. A draft for consultation. http//:www.gmlc-uk-org/…/ethical…/end _of _life_Learning_matwrials.asp.
Paul & etal. End of Life Care. An Ethical Overview. Center of Bioethics University of Minnesota 2005.
Smeltzer,and etal. Brunner & Suddarth s Medical Surgical Nursing. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2008.
Urden, D. Linda. & etal.Critical Care Nursing.St. Louis: Mosby Co.2010

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

Review Article

Ethics and nursing care for dying patient

***Jasmen Shahnazari[1], Ph.D**

Abstract

Aim. This paper introduces important points on nursing care of dying patients.

Background. Death is part of the human life process. Statistics show that the most common causes of death in America are cardiovascular diseases and cancer. Definition of death, nursing care for dying patients and its importance has been the focus of many studies.

Method. This paper reviews the subject death and dying patients, and introduces nursing care and ethical points to be considered for these patients.

Findings. Dying patients experience different stages from denial to acceptance, and caring these patients in physical and psychological aspects is the responsibility of nurses.

Conclusion. When caring dying patients, palliative care must be considered, because other interventions are no longer effective. This care begins from the time a life-threatening condition is diagnosed and continues to recovery or death and grieving.

Keywords: Dying patient, Nursing care, Ethics

1 Assistant Professor, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
(*Corresponding Author) email: dr_j_shahnazari@yahoo.com

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]