Clarifying the Concept of "Do-Not-Resuscitate" Orders in End-of-Life Cancer Care: A Concept Analysis Using Rodgers› Evolutionary Approach

Abstract

Bagher Aghal[1]
Hossein Mahmoudi[2*]
Amir Vahedian Azimi[3]

Introduction: Do-Not-Resuscitate (DNR) orders are a critical yet complex and often poorly understood component of end-of-life care for cancer patients. Conceptual clarity is essential to guide ethical decision-making, enhance communication, and ensure that care aligns with patient values. This study aims to analyze and clarify the concept of DNR orders in the context of end-of-life cancer care using Rodgers' evolutionary concept analysis model.
Methods: A systematic literature search was conducted across PubMed, Scopus, Web of Science, CINAHL, and PsycINFO (2000–2025). Guided by Rodgers' evolutionary approach, 85 relevant articles were analyzed to identify the attributes, antecedents, consequences, surrogate terms, and related concepts associated with DNR orders.
Findings: The concept analysis revealed four defining attributes: 1) a formal medical order; 2) limitation solely to cardiopulmonary resuscitation (CPR); 3) implementation within the context of a terminal cancer prognosis; and 4) foundation in patient autonomy and shared decision-making. Key antecedents included terminal illness diagnosis, effective communication, advance care planning, and interdisciplinary collaboration. Consequences were categorized as positive (e.g., dignified death, reduced suffering, value-concordant care) and negative (e.g., moral distress, feelings of abandonment, communication conflicts). "Allow Natural Death" (AND) emerged as a significant related concept and potential surrogate term.
Conclusion: This analysis provides a comprehensive conceptual model of DNR orders in end-of-life cancer care, revealing it as a dynamic, multidimensional process rather than a singular event. The findings offer a robust framework for clinical practice, education, policy development, and future research. They underscore the necessity of early, compassionate communication and a team-based, culturally sensitive approach to respecting patient autonomy and promoting a dignified dying process.
Keywords: Do-Not-Resuscitate Order, End-of-Life Cancer, End-of-Life Care, Concept Analysis, Rodgers' Evolutionary Approach

Affiliations

1. Student Research Center, Faculty of Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. Nursing Care Research Center, Department of Medical-Surgical Nursing, Faculty of Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Corresponding Author: Hossein Mahmoudi Email: h.mahmoudi53@gmail.com
3. Nursing Care Research Center, Department of Medical-Surgical Nursing, Faculty of Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

شفاف‌سازی مفهوم دستور "احیاء نکنید" در مراقبت از بیماران سرطانی پایان‌حیات: تحلیل مفهوم با رویکرد تکاملی راجرز

چکیده

باقرآغال[۱]
حسین محمودی[۲*]
امیر واحدیان عظیمی[۲]

مقدمه:
دستور احیاء نکنید (DNR) جزئی حیاتی اما پیچیده و اغلب غیر قابل درک در مراقبت از بیماران سرطانی پایان‌حیات است. شفافیت مفهومی برای هدایت تصمیم‌گیری اخلاقی، بهبود ارتباطات و اطمینان از همسویی مراقبت با ارزش‌های بیمار ضروری است. هدف این تحلیل و شفاف‌سازی مفهوم DNR در زمینه سرطان پایان‌حیات با استفاده از مدل تحلیل مفهوم تکاملی راجرز است.
روش کار: یک جستجوی نظام‌مند کتاب شناختی در پایگاه‌های اطلاعاتی PubMed, Scopus, Web of Science, CINAHL, and PsycINFO (۲۰۰۰–۲۰۲۵) انجام شد. با هدایت رویکرد تکاملی راجرز، ۸۵ مقاله مرتبط برای شناسایی ویژگی‌ها، پیشایندها، پیامدها، اصطلاحات جایگزین و مفاهیم مرتبط مورد تحلیل قرار گرفتند.
یافته‌ها: تحلیل مفهوم، چهار ویژگی تعیین‌کننده را مشخص کرد: ۱) دستور پزشکی رسمی ۲) محدود کردن تنها احیاء قلبی ریوی (CPR) ۳) قرارگیری در بستر پیش‌آگهی سرطان پایان‌حیات ۴) استوار بر استقلال بیمار و تصمیم‌گیری اشتراکی. مفاهیم کلیدی شامل تشخیص بیماری پایان‌حیات، ارتباطات مؤثر، برنامه‌ریزی مراقبت پیشرفته و همکاری بین‌رشته‌ای بودند. پیامدها به دو دسته مثبت (مرگ باکرامت، کاهش رنج، مراقبت همسو) و منفی (پریشانی اخلاقی، احساس رها شدن، تعارضات ارتباطی) تقسیم شدند. مفهوم مرتبط اجازه مرگ طبیعی (AND) به عنوان یک اصطلاح جایگزین مهم به دست آمد.
نتیجه‌گیری: این تحلیل یک مدل مفهومی جامع از DNR در سرطان پایان‌حیات ارائه می‌دهد و آن را به عنوان یک فرآیند پویا و چندوجهی و نه یک رویداد منفرد، آشکار می‌سازد. یافته‌ها چارچوبی مستحکم برای تمرین بالینی، آموزش، توسعه سیاست و پژوهش‌های آتی فراهم می‌کنند و بر نیاز به ارتباطات زودهنگام و دلسوزانه و رویکردی مبتنی بر تیم و حساس به فرهنگ برای احترام به استقلال بیمار و ترویج یک فرآیند مردن باکرامت تأکید می‌ورزند.
کلمات کلیدی: دستور احیاء ، سرطان پایان‌حیات، مراقبت پایان‌حیات، تحلیل مفهوم، رویکرد تکاملی راجرز

وابستگی سازمانی نویسندگان
۱. مرکز تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا...(عج)، تهران، ایران.
۲. مرکز تحقیقات مراقبتهای پرستاری، گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا...(عج)، تهران، ایران.
نویسنده مسئول: حسین محمودی. پست الکترونیک: h.mahmoudi53@gmail.com
۳. مرکز تحقیقات مراقبتهای پرستاری، گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا...(عج)، تهران، ایران.

مقدمه

موضوع مراقبت پایان حیات در انکولوژی طی دهه گذشته دستخوش تحولی عمیق شده است که عمدتاً ناشی از پیشرفت‌های فناورانه در علوم احیاء و افزایش توجه به ملاحظات مرتبط با کیفیت زندگی در بیماری‌های پایان‌حیات می‌باشد. این تحولات، لزوم بازبینی انتقادی مفاهیم تثبیت‌شده‌ای مانند دستور احیاء نکنید (DNR) [1] در چارچوب‌های مراقبت سلامت معاصر را ضروری ساخته است. همه‌گیری کووید-۱۹ در این فرآیند به عنوان یک محرک حیاتی عمل کرد و همزمان هم اهمیت و هم پیچیدگی تصمیمات مربوط به احیاء در جمعیت‌های آسیب‌پذیر پزشکی را برجسته ساخت(۱). عملکرد انکولوژی معاصر با چالش‌های بی‌سابقه‌ای در ایجاد تعادل بین قابلیت‌های فناورانه و ضرورت‌های اخلاقی مواجه است. در حالی که احیاء قلبی ریوی[2] همچنان به عنوان یک مداخله ضروری برای رویدادهای قلبی برگشت‌پذیر محسوب می‌شود، کاربرد آن در بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته که روند بیماری معمولاً از یک رویکرد قابل پیش‌بینی به سمت نارسایی چندارگانی پیروی می‌کند اغلب نشان‌دهنده عدم هم‌خوانی بنیادین با اصل تناسب درمانی است(۲). فراتحلیل‌های اخیر به طور مداوم نتایج نامطلوب CPR در جمعیت‌های مبتلا به سرطان متاستاتیک را نشان داده‌اند، به طوری که نرخ بقا تا ترخیص کمتر از سه درصد باقی مانده و موربیدیتی[3] قابل توجهی در میان معدود بازماندگان مشاهده شده است(۳).

درک مفهومی از دستورات DNR به طور قابل توجهی متحول شده و از یک امتناع ساده رویه‌ای به یک تصمیم‌گیری بالینی پیچیده که در چارچوب‌های جامع مراقبت تسکینی جای گرفته است، تبدیل شده است(۴). این تغییر پارادایم بازتاب افزایش آگاهی از این امر است که تصمیمات DNR باید در درون چالش های گسترده‌تر درباره اهداف مراقبت بافت‌سازی شوند، نه این که به عنوان دستورات پزشکی مجزا وجود داشته باشند(۵). ظهور پزشکی تسکینی دقیق این منظر را بیشتر متحول ساخته و بر رویکردهای سفارشی‌شده برای مدیریت علائم و فرآیندهای تصمیم‌گیری فردمحور که سیربیماری منحصر به فرد تجربه بیماری هر بیمار را به رسمیت می‌شناسد، تأکید می‌ورزد(۶). در عملکرد انکولوژی مدرن، چالش های DNR نقاط عطف حیاتی برای هم‌تراز کردن مداخلات پزشکی با ارزش‌های بیمار و واقعیات پیش‌آگهی محسوب می‌شوند (۷). شواهد حاصل از کارآزمایی‌های تصادفی‌شده کنترل‌شده نشان می‌دهند که یکپارچه‌سازی زودهنگام متخصصان مراقبت تسکینی به طور قابل توجهی کیفیت چالش های DNR را بهبود بخشیده و از بستری‌های غیرسودبخش واحد مراقبت‌های ویژه در طی مراحل پایانی سرطان می‌کاهد(۸). علاوه بر این، تحقیقات معاصر آشکار ساخته است که زمان‌بندی و کیفیت این چالش ها به طور عمیقی بر هر دو نتایج بیمار و تجارب سخت مراقبان تأثیر می‌گذارد(۹).

برنامه‌ریزی مراقبت پیشرفته[4] (ACP) نیز دستخوش تحولی موازی شده و فراتر از اسناد سنتی دستورات پیشین رفته تا فرآیندهای ارتباطی پویایی را در بر گیرد که درک رو به تکامل بیمار از بیماری و اولویت‌های درمانی او را مورد توجه قرار می‌دهد(۱۰). همه‌گیری کووید-۱۹ رویکردهای نوآورانه به ACP را شتاب بخشید که از جمله آن‌ها می‌توان به اقتباس گسترده پلتفرم‌های درمان از راه دور برای تسهیل چالش های مربوط به اهداف مراقبت اشاره کرد و بدین ترتیب امکان برنامه‌ریزی مراقبت هماهنگ با اهداف به صورت از راه دور را نشان داد(۱۱). مدل‌های کنونی ACP را به عنوان یک فرآیند ارتباطی مفهوم سازی می‌کنند، نه یک رویداد تراکنشی، که این امر به ویژه در انکولوژی که در آن تصمیمات درمانی و پیش‌آگهی در طول سیر بیماری اغلب تکامل می‌یابند، حائز اهمیت است(۱۲) .

علیرغم این پیشرفت‌های مفهومی و عملی، چالش‌های قابل توجهی در درک و اجرای DNR پایدار مانده‌اند. مطالعات فرا فرهنگی تغییرات عمده‌ای در پذیرش DNR و فرآیندهای تصمیم‌گیری در میان گروه‌های قومی، مذهبی و اجتماعی – اقتصادی مختلف را آشکار ساخته‌اند(۱۳). رویدادهای حقوقی اخیر در حوزه‌های قضایی بین‌المللی متعدد، تنش‌های جاری بین قضاوت‌های مربوط به بی‌فایده بودن درمان و استقلال بیمار در تصمیمات احیاء را برجسته ساخته‌اند(۱۴). علاوه بر این، خود اصطلاح مورد مناقشه باقی مانده است و شواهد فزاینده‌ای نشان می‌دهند که اجازه مرگ طبیعی[5] (AND) ممکن است توسط هر دو گروه بیماران و پزشکان به طور مثبت‌تری درک شده باشد، در حالی که مقاصد بالینی یکسانی را منتقل می‌کند(۱۵). روش‌شناسی تحلیل مفهوم تکاملی، همان‌گونه که توسط راجرز توسعه یافته و در تحقیقات پرستاری معاصر اصلاح شده است، چارچوب ایده‌آلی برای بررسی این تحولات پویا فراهم می‌کند(۱۶). این رویکرد امکان بررسی نظام‌مند چگونگی تکامل مفهوم DNR در پاسخ به شواهد بالینی در حال تغییر، چارچوب‌های اخلاقی و ارزش‌های اجتماعی را فراهم می‌سازد(۱۷). پیشرفت‌های نظری اخیر در علوم پرستاری بر اهمیت ویژه تحلیل مفهوم در توسعه مداخلات مبتنی بر شواهد برای پدیده‌های بالینی پیچیده که حوزه‌های زیست‌پزشکی، روانشناختی و اجتماعی را در بر می‌گیرند، تأکید نموده‌اند(۱۸). تأثیر روانشناختی بحث ها مربوط به DNR بر متخصصان مراقبت سلامت بعد حیاتی دیگری از تحلیل معاصر را نمایندگی

1.Don't not resuscitation
2.cardiopulmonary resuscitation
3.morbidity
4.advance care planning
5. Allow natural death

می‌کنـد. تحقیقـات انجام‌شـده در طـول چهـار سـال گذشـته پریشـانی اخلاقـی قابـل توجهـی را در میـان پرسـتاران و پزشـکان مرتبـط بـا تصمیمـات احیـاء مسـتند سـاخته اسـت، بـه ویـژه در مـواردی کـه تعارضـات درک شـده بیـن سیاسـت‌های مؤسسـه‌ای و ارزش‌هـای بیمـار محـور وجـود دارد(۱۹). ایـن شـواهد نوظهـور اهمیـت سـاختارهای حمایتـی سیسـتمی بـرای پزشـکان درگیـر در تصمیم‌گیـری مراقبـت پایـان حیـات را برجسـته می‌سـازد.

نابرابری‌هـای سـلامت در نـرخ تکمیـل DNR یـک چالـش اخلاقـی قابـل توجـه در عملکـرد انکولـوژی معاصـر بـه حسـاب مـی آینـد. مرورهـای نظام‌منـد انجام‌شـده از سـال ۲۰۲۰ بـه طـور مـداوم نابرابری‌هـای نـژادی، قومـی و اقتصـادی – اجتماعـی را در برنامه‌ریـزی مراقبـت پیشـرفته و تکمیـل دسـتور DNR شناسـایی کرده‌انـد کـه نیـاز بـه مداخـلات هدفمنـد بـرای ترویـج برابـری سـلامت در مراقبـت پایـان حیـات را برجسـته می‌سـازد(۲۰). ایـن یافته‌هـا، توسـعه رویکردهـای نوآورانـه بـه برنامه‌ریـزی مراقبـت پیشـرفته درگیـر جامعـه در جمعیت‌هـای محـروم از خدمـات را تحریـک نموده‌انـد.

یکپارچه‌سـازی تصمیمـات DNR در درون چارچوب‌هـای گسـترده‌تر مراقبـت ویـژه توجـه فزاینـده‌ای را در ادبیـات اخیـر بـه خـود جلـب کـرده اسـت. بـرای مثـال، جنبـش «آزادی بخـش مراقبت‌هـای ویـژه» بـر اهمیـت هم‌تـراز کـردن تصمیمـات احیـاء بـا اهـداف کلـی مراقبـت در بیمـاری بحرانـی تأکیـد ورزیـده اسـت (۲۱). همزمـان، فناوری‌هـای نوظهـور، بـه ویـژه کاربردهـای هـوش مصنوعـی در پیش‌بینـی پیش‌آگهـی، فرصت‌هـا و چالش‌هـای اخلاقـی را بـرای فرآیندهـای آینـده تصمیم‌گیـری DNR ارائـه می‌دهنـد(۲۲). ملاحظـات جمعیت‌هـای ویـژه نیـز درک مفهومـی از دسـتورات DNR را پیـش بـرده اسـت. تحقیقـات اخیـر جنبه‌هـای منحصـر بـه فـرد برنامه‌ریـزی مراقبـت پیشـرفته در بیمـاران مبتـلا بـه اختـلال شـناختی مرتبـط بـا سـرطان را مـورد بررسـی قـرار داده‌انـد(۲۳)، در حالـی کـه سـایر مطالعـات یکپارچه‌سـازی مراقبـت معنـوی را در درون بحـث هـا مربـوط بـه DNR کاوش کرده‌انـد(۲۴).

ایـن تحلیـل مفهومـی تکاملـی جامـع بـا هـدف سـنتز شـواهد معاصـر مربـوط بـه دسـتورات DNR در مراقبت از سـرطان پیشـرفته، بررسـی ویژگی‌هـا، پیـش آیندهـا و پیامدهـای آن‌هـا در درون سیسـتم‌های مراقبـت سـلامت مـدرن انجـام می‌شـود. بـا ردیابـی توسـعه مفهـوم از طریـق ادبیـات اخیـر و بافت‌سـازی آن در درون تحـولات گسـترده‌تر در مراقبـت تسـکینی و اخـلاق پزشـکی، مـا در جسـتجوی روشن‌سـازی و عملیاتـی شـدن کنونـی آن و شناسـایی مسـیرهای آینـده بـرای تحقیـق و عمـل در مراقبـت پایـان حیـات انکولـوژی هسـتیم. ایـن تحلیـل بـه طـور خـاص بـه چگونگـی شـکل‌دهی مجـدد ایـن جنبـه حیاتـی مراقبـت سـرطان توسـط رویکردهـای پزشـکی دقیـق، ملاحظـات برابـری سـلامت و نوآوری‌هـای فناورانـه خواهـد پرداخـت(۲۵) .

روش کار

ایـن تحلیـل مفهـوم بـا اسـتفاده از مـدل تکاملـی راجـرز انجـام شـد کـه فرآینـدی سیسـتماتیک بـرای درک کاربـرد، زمینـه و کاربـرد بین‌رشـته‌ای فعلـی یـک مفهـوم فراهـم می‌کنـد. ایـن روش شـامل شـش فعالیـت کلیـدی، اغلـب تکـراری و غیرخطـی اسـت(۲۶).

جمع‌آوری داده‌ها و استراتژی جستجو

قلمـرو بـرای جمـع‌آوری داده‌هـا، ادبیـات پژوهشـی هم‌تـراز بـود. یـک جسـتجوی نظام‌منـد و جامـع کتـاب شـناختی بـرای مقـالات منتشرشـده بیـن ۲۰۲۵-۲۰۰۰ انجـام شـد. پایگاه‌هـای اطلاعاتـی جسـتجو شـده شـامل PubMed/Medline، Scopus، Web of Science، CINAHL، PsycINFO، SID (پایـگاه اطلاعـات علمـی جهـاد دانشـگاهی)، Magiran و Iran Medex بودنـد. اسـتراتژی جسـتجو، کلیدواژه‌هـا و اصطلاحـات Medical Subject Headings (MeSH) را ترکیـب کـرد، از جملـه: Do-Not-Resuscitate Orders، Resuscitation Orders، DNR، Terminally Ill، Advanced Neoplasms، Palliative Care، Hospice Care، End of Life، Decision Making، Patient Autonomy Analysis

جدول 1: مراحل فرایند تحلیل مفهوم تکاملی راجرز

مراحل فرایند تحلیل مفهوم تکاملی راجرز	ردیف
شناسایی مفهوم مورد نظر و اصطلاحات مربوطه (شامل واژه‌های جایگزین)	1
تعیین و انتخاب یک حوزه مناسب برای جمع‌آوری اطلاعات	2
جمع‌آوری داده‌های مرتبط جهت تعیین ویژگی‌های مفهوم متناسب با متغیرهای بافتی (اجتماعی -فرهنگی، میان‌رشته‌ای و زمانی)	3
تحلیل اطلاعات با در نظر گرفتن ویژگی‌های مفهوم	4
بیان یک مورد مثال مناسب در رابطه با مفهوم (در صورت امکان)	5
تعیین فرضیه‌ها و دلالت‌های تحلیل به منظور تکامل بیشتر مفهوم	6

جدول 2: استراتژی جستجو بر اساس کلیدواژه های اصلی، پایگاه اطلاعاتی و تعداد مقالات بازیابی شده

ردیف	پایگاه اطلاعاتی	تعداد مقالات بازیابی شده	کلیدواژه‌های اصلی
1	PubMed/Medline	620	**Do-Not-Resuscitate Orders Terminally Ill, Advanced Neoplasms, Palliative Care, Concept Analysis**
2	Scopus	326	**DNR End of Life, Cancer, Rogerian Concept Analysis**
3	Web of Science	221	**Patient Autonomy Bioethics, ،Resuscitation Orders Decision Making**
4	CINAHL	186	**Care, Nursing Role, Advance Care Planning Hospice Communication**
5	PsycINFO	150	**DNR, Ethical Decision Making, Family Communication, Cultural Sensitivity**
6	SID (پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی)	45	**دستور احیاء نکنید**
7	Magiran	32	**دستورDNR ,مراقبت پایان حیات, احیاء قلبی ریوی**
8	Iran Medex	28	**Do Not Resuscitate, ،تحلیل مفهوم راجرز, مراقبت تسکینی**
9	مقالات فارسی مرتبط (دسترسی آزاد)	15	**برنامه‌ریزی مراقبت پیشرفته, اجازه مرگ طبیعی**

omy، Communication ، Bioethics، DNR، سرطان پایان حیات, تحلیل مفهوم، دستور احیاء نکنید و احیاء قلبی ریوی از عملگرهای بولی (AND, OR) برای تصفیه جستجو استفاده شد.

معیارهای ورود و خروج

مطالعات در صورتی وارد شدند که: (۱) به زبان انگلیسی و فارسی منتشر شده باشند؛ (۲) به‌طور خاص در مورد دستورات DNR در زمینه بیماران بزرگسال مبتلا به سرطان پایان‌حیات یا مراقبت پایان‌حیات بحث کرده باشند؛ (۳) پژوهش اولیه (کیفی، کمی یا mixed-methods)، مرورهای نظام‌مند، فراتحلیل‌ها، مقالات نظری یا تحلیل‌های اخلاقی باشند؛ و (۴) بینش حقیقی در مورد تعریف، کاربرد، پیشایندها یا پیامدهای DNR ارائه دهند.

معیارهای خروج عبارت بودند از: (۱) مقالاتی که منحصراً بر روی DNR در زمینه‌های غیرسرطانی یا غیر پایان‌حیات (مانند تروما، ایست قلبی ناگهانی) تمرکز داشتند؛ (۲) سرمقاله‌ها یا نامه‌هایی با محتوایمفهومی ناقص؛ (۳) مقالاتی که متن کامل آنها در دسترس نبود.

تحلیل داده‌ها

جستجوی اولیه حدود ۱۹۵۳ مقاله معرفی کرد. پس از حذف مقالات تکراری و غربالگری عنوان و چکیده، ۳۰۴ مقاله تمام متن برای واجد شرایط بودن ارزیابی شدند. در نهایت، ۸۵ مقاله مرتبط‌ترین و از نظر مفهومی غنی برای تحلیل نهایی عمیق انتخاب شدند. استخراج داده‌ها با مطالعه دقیق مقالات انتخاب‌شده و شناسایی بخش‌های متنی که معنا، پیش‌نیازها، نتایج، اصطلاحات جایگزین و اصطلاحات مرتبط DNR را توصیف می‌کردند، انجام شد. این اطلاعات در جداول ساختاریافته برای ویژگی‌ها، پیشایندها، پیامدها و مفاهیم مرتبط سازماندهی شدند. داده‌ها سپس از طریق یک فرآیند تکراری مقایسه و گروه‌بندی تماتیک سنتز شدند تا یک توصیف جامع و ظریف از مفهوم توسعه یابد.

یافته‌ها

ویژگی‌های تعیین‌کننده:

ویژگی‌های تعیین‌کننده، خصوصیاتی هستند که ماهیت یک مفهوم را تعریف نموده و آن را از مفاهیم مرتبط متمایز می‌سازند. در مورد دستور احیاء نکن (DNR) در بیماران مبتلا به سرطان در مرحله پایان حیات، چهار ویژگی کلیدی شناسایی شد:

۱. دستور پزشکی رسمی: DNR یک توافق غیررسمی یا شفاهی نیست، بلکه یک دستورالعمل قانونی و اخلاقی است که به‌صورت رسمی در پرونده پزشکی بیمار ثبت می‌شود. این دستور، برنامه‌ای مراقبتی و محدود را به تمام اعضای تیم بین‌رشته‌ای مراقبت‌های سلامت ابلاغ کرده و با تضمین ثبات عملی، از بروز خطا در شرایط بحرانی پیشگیری می‌کند(۲۷).

۲. محدودسازی احیاء قلبی-ریوی (CPR): محور اصلی دستور DNR، منع انجام CPR است. این اقدامات شامل ماساژ قلبی، دفیبریلاسیون و مدیریت پیشرفته راه هوایی (از جمله لوله‌گذاری تراشه) می‌شود که در پاسخ به ایست قلبی-ریوی آغاز می‌گردند. لازم به تأکید است که این دستور، به معنای

جدول 3: توزیع مقالات نهایی منتخب در پایگاه‌های اطلاعاتی

ردیف	پایگاه اطلاعاتی	تعداد مقالات نهایی منتخب
1	PubMed/Medline	28
2	Scopus	19
3	Web of Science	15
4	CINAHL	9
5	PsycINFO	7
6	SID	4
7	Magiran	2
8	Iran Medex	1
9	جمع کل	85

قطع یا خودداری از سایر درمان‌های نگهدارنده حیات نظیر آنتی‌بیوتیک‌ها، شیمی‌درمانی، ترانسفیوژن خون یا اکسیژن کمکی نیست(۲۸).

۳. قرارگیری در بستر پیش‌آگهی سرطان پایان‌حیات: توجیه اخلاقی دستور DNR بر اساس واقعیت‌های پزشکی خاص بیمار صورت می‌پذیرد. در بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته و پایان‌حیات، CPR عموماً «بی‌فایده» یا «فاقد سودمندی» تلقی می‌شود. نرخ بقا تا ترخیص از بیمارستان بسیار پایین است و عوارضی چون شکستگی دنده، آسیب احشای داخلی و آسیب مغزی ناشی از هیپوکسی، هرگونه سود محدود آن را تحت‌الشعاع قرار داده و اغلب به فرآیند طولانی و فاقد کرامت مرگ در بخش مراقبت‌های ویژه منجر می‌شود(۲۹).

٤. مبتنی بر استقلال بیمار و تصمیم‌گیری اشتراکی: اعتبار اخلاقی دستور DNR، نتیجه فرآیند تصمیم‌گیری اشتراکی است که استقلال بیمار را محترم شمرده و ترویج می‌دهد. این امر مستلزم گفتگویی شفاف و دلسوزانه بین تیم درمان، بیمار (در صورت داشتن ظرفیت تصمیم‌گیری) و خانواده یا نماینده قانونی وی است. در این گفتگو، تشخیص بیماری پایان‌حیات، پیش‌آگهی، پیامدهای واقع‌بینانه CPR و به ویژه ارزش‌ها، اهداف و تعاریف بیمار از کیفیت زندگی مورد توجه قرار می‌گیرد(۳۰).

پیش نیازها:

پیش‌نیازها، رویدادها یا شرایطی هستند که برای محقق شدن مفهوم ضروری می‌باشند. پیش‌نیازهای صدور دستور DNR در سرطان پایان‌حیات عبارتند از:

۱. تشخیص سرطان پایان‌حیات با پیش‌آگهی ضعیف: پیش‌نیاز اساسی، وجود سرطان پیشرفته و غیرقابل‌درمانی است که تمرکز درمان به‌وضوح به سمت مراقبت تسکینی تغییر یافته باشد. این بستر بالینی، شرایطی را ایجاد می‌کند که در آن CPR از نظر فیزیولوژیکی احتمال موفقیت بسیار پایینی دارد و اجرای آن ممکن است مغایر با خواست بیمار باشد (۳۱).

۲. ارتباطات مؤثر و برنامه‌ریزی مراقبت پیشرفته(ACP): یک فرآیند مستمر و زودهنگام از گفتگو درباره خواسته‌های مراقبت پایان حیات ضروری است. این فرآیند شامل بحث در مورد پیش‌آگهی، بی‌فایده بودن و عوارض بالقوه CPR در این زمینه خاص و همچنین کاوش در ارزش‌های بیمار است. ACP این گفتگو را تسهیل نموده و ممکن است به تنظیم دستورالعمل پیشین یا تعیین نماینده قانونی بینجامد(۳۲).

۳. اتفاق‌نظر و همکاری بین‌رشته‌ای: این تصمیم نباید منحصراً توسط یک پزشک گرفته شود. بلکه نیازمند مشارکت، بحث و توافق کلیه اعضای تیم بین‌رشته‌ای شامل انکولوژیست‌ها، متخصصان مراقبت تسکینی، پرستاران، مددکاران اجتماعی و روانشناسان است. این رویکرد، یکپارچگی، حمایت و جامعیت لازم در برخورد با بیمار و خانواده را تضمین می‌کند(۳۳).

٤. حساسیت فرهنگی، مذهبی و اخلاقی: ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت باید از فروتنی فرهنگی، آگاهی و احترام به ارزش‌های فرهنگی، مذهبی و شخصی متنوعی برخوردار باشند که به‌طور عمیق بر نگرش بیمار و خانواده نسبت به مرگ، فرآیند مردن و مداخلات پزشکی تأثیر می‌گذارند(۳۴).

پیامدها:

پیامدها، رویدادها یا عوارضی هستند که در نتیجه اجرای مفهوم روی می‌دهند و می‌توانند مثبت یا منفی باشند.

پیامدهای مثبت:

۱. تسهیل مرگی آرام و باکرامت: به بیمار اجازه می‌دهد تا به‌طور طبیعی فوت کند و از خشونت، ضربه و بی‌حرمتی

ناشی از اقدام احیاء بی‌فایده اجتناب شود(۳۵).

۲.کاهش رنج بیمار: از صدمات فیزیکی بالقوه و رنج مرتبط با CPR پیشگیری کرده و امکان تمرکز مراقبت بر آسایش، کنترل علائم و کیفیت زندگی باقی‌مانده را فراهم می‌آورد(۳۶).

۳. همسویی مراقبت با ارزش‌ها و اهداف بیمار: تضمین می‌کند که مداخلات پزشکی با اهداف اعلام‌شده بیمار همسو باشند و استقلال و کرامت وی را حفظ و ارتقا دهند(۳۷).

٤. هدایت و کاهش پریشانی اخلاقی در تیم درمان: با ارائه دستورالعمل‌های واضح، از ابهام، اضطراب و پریشانی اخلاقی کارکنان در مورد آغاز مراقبت‌های تهاجمی نامناسب یا ناخواسته می‌کاهد(۳۸).

۵. تخصیص منطقی و عادلانه منابع: امکان تخصیص منابع پزشکی پرهزینه (مانند تخت‌های ICU، پرسنل و دستگاه‌های ونتیلاتور) به بیمارانی را فراهم می‌سازد که امکان بهره‌مندی واقعی از این منابع را دارند و به عدالت در نظام سلامت کمک می‌کند(۳۹).

پیامدهای منفی:

۱. پریشانی اخلاقی در بین ارائه‌دهندگان مراقبت: ممکن است در صورتی رخ دهد که دستور DNR به‌عنوان «تسلیم‌شدن» تفسیر شود، دیر هنگام صادر گردد یا در صورت تعارض جدی با خانواده بر سر این تصمیم ایجاد شود(۴۰).

۲. احساس رها شدن توسط بیمار یا خانواده: ممکن است بیماران و خانواده‌ها دستور DNR را نشانه‌ای از قطع کلیه مراقبت‌های فعال تلقی کرده که منجر به ترس، اضطراب و بی‌اعتمادی گردد(۴۱).

۳. چالش‌های ارتباطی و تعارضات خانوادگی: امکان تشدید اختلاف‌نظر بین اعضای خانواده یا بین خانواده و تیم درمان وجود دارد که نیازمند میانجیگری تخصصی، شکیبایی و گاهی مشورت با کمیته اخلاق است(۴۲).

٤. سوگیری ضمنی و سندرم DNR: برچسب DNR ممکن است به‌طور ناخواسته منجر به کم‌درمانی(Under-treatment) در سایر شرایط قابل‌برگشت (مانند عفونت‌ها یا هایپرکلسمی) یا کاهش توجه کارکنان به بیمار شود؛ پدیده‌ای که در آن سطح کلی مراقبت به‌طور ناخواسته کاهش می‌یابد(۴۳).

اصطلاحات جایگزین و مفاهیم مرتبط

چندین مفهوم با DNR مرتبط هستند اما مترادف نیستند. شفاف‌سازی این تمایزها حیاتی است.

اجازه مرگ طبیعی (Allow Natural Death) یا AND : این اصطلاح جایگزین، که به‌طور فزاینده‌ای مورد استفاده قرار می‌گیرد، از نظر معنایی معادل DNR است، اما با زبانی مثبت‌تر و در چارچوب بیمار–محور، بر اجازه دادن به فرآیند طبیعی مردن تأکید دارد، نه برخودداری از انجام یک اقدام. این اصطلاح اغلب برای خانواده‌ها و برخی ارائه‌دهندگان قابل‌درک‌تر و پذیرفتنی‌تر است(۲۷).

دستورالعمل پیشین(Living Will): سندی قانونی است که خواسته‌های کلی فرد برای مراقبت پزشکی آتی در صورت از دست دادن ظرفیت تصمیم‌گیری را بیان می‌کند. ترجیح DNR می‌تواند بخشی از این سند باشد، اما خود دستور DNR یک دستور پزشکی خاص و جداگانه محسوب می‌شود(۴۴).

مراقبت تسکینی و مراقبت هاسپیس[1]: این مدل‌های مراقبت بین‌رشته‌ای بر بهینه‌سازی کیفیت زندگی، آسایش و حمایت از بیماران مبتلا به بیماری‌های جدی و خانواده‌هایشان تمرکز دارند. دستور DNR اغلب اما نه همیشه بخشی از این فلسفه مراقبتی است که بر آرامش و راحتی در مواجهه با بیماری لاعلاج تأکید دارد(۴۵)

بی‌فایده از نظر پزشکی: یک قضاوت بالینی مبنی بر اینکه یک مداخله خاص به‌طور بسیار نامحتملی برای بیمار سودمند خواهد بود. این قضاوت، توجیه کلیدی برای توصیه به دستور DNR در سرطان پایان‌حیات است و ابعاد کمی (آماری) و کیفی (همسویی با اهداف درمان) را دربر می‌گیرد (۴۶).

پویایی‌های بین‌رشته‌ای در اجرای دستور DNR

فرآیند ایجاد دستور DNR یک تلاش پیچیده بین‌رشته‌ای است و نه صرفاً یک تعامل دوتایی بین پزشک و بیمار.

پزشکان (انکولوژیست و مراقبت تسکینی): مسئولیت تشخیص مرحله پایان حیات، پیش‌بینی پیش‌آگهی و نهایتاً نوشتن دستور را بر عهده دارند. الگوی تصمیم‌گیری از مدل سنتی اقتدار مطلق پزشک به سمت «تصمیم‌گیری اشتراکی» در حال تغییر است(۴۷).

پرستاران (انکولوژی و مراقبت تسکینی): نقش محوری در مراقبت بیمار– محور ایفا می‌کنند. آنان با صرف بیشترین زمان با بیماران، اغلب قادر به درک ترس‌های بیان‌نشده و سوءتفاهم‌ها هستند. پرستاران در تقویت اطلاعات، ارائه حمایت عاطفی مستمر، ارزیابی سطح درک بیمار و عمل کردن به عنوان پل ارتباطی بین خانواده و پزشک حیاتی هستند(۴۸).

مددکاران اجتماعی و روانشناسان: به مدیریت پریشانی روانی– اجتماعی و وجودی عمیق می‌پردازند. آنان جلسات پیچیده خانوادگی را تسهیل کرده، تعارضات را مدیریت نموده و کمک می‌کنند تا درک تصمیم از «تسلیم‌شدن» به «به‌دست‌آوردن کنترل» بر فرآیند مردن تغییر یابد(۴۹).

مشاوران مذهبی و معنوی: به تبیین ابعاد معنوی و مذهبی پرداخته و مفاهیمی چون امید، رنج و تقدس زندگی را مورد بحث قرار می‌دهند که می‌تواند تأثیر تعیین‌کننده‌ای در پذیرش دستور DNR توسط خانواده داشته باشد(۵۰).

1.hospice

نتیجه گیری

این تحلیل مفهوم، با به‌کارگیری چارچوب تکاملی راجرز، درکی ظریف و ساختاریافته از مفهوم احیاء نکن (DNR) در زمینه خاص و پرمخاطره سرطان پایان حیات ارائه می‌دهد. یافته‌ها آشکار می‌سازند که DNR یک رویداد منفرد نیست، بلکه فرآیندی پیچیده، پویا و وابسته به زمینه است که به‌طور عمیقی در بافتارهای بالینی، اخلاقی، ارتباطی و فرهنگی تنیده شده است. ویژگی‌های شناسایی‌شده مشخص می‌کنند که یک دستور DNR مداخله‌ای خاص و محدود است که همزمان، هم یک اقدام پزشکی، هم یک تکلیف اخلاقی و هم یک فرآیند ارتباطی به‌شمار می‌آید. تأکید بر ماهیت رسمی آن، اهمیت حیاتی مستندسازی واضح را برای پیشگیری از خطاها و تضمین احترام به خواسته‌های بیمار در سرتاسر برنامه مراقبتی برجسته می‌سازد. تمایز قائل شدن بین منع CPR و سایر درمان‌ها، برای رفع این سوءتفاهم رایج و خطرناک ضروری است که DNR به معنای «قطع کلیه درمان‌ها» است، که می‌تواند به غفلت از درمان درد یا سایر علائم قابل‌مدیریت بینجامد(۵۱). مؤلفه‌های مرتبط با پیش‌آگهی پایان حیات و استقلال بیمار، بر این امر تأکید دارند که محدودیت‌های پزشکی را می‌پذیرد و کیفیت زندگی و کرامت فرد را بر اقدامات تهاجمی اولویت می‌دهد. پیش‌نیازها، شرایط سیستماتیک لازم برای اجرای موفقیت‌آمیز دستور DNR را مشخص می‌کنند. ضرورت ارتباطات مؤثر و برنامه‌ریزی مراقبت پیشرفته (ACP) در اینجا پررنگ است. بسیاری از پیامدهای منفی، نظیر تعارضات خانوادگی و پریشانی اخلاقی، ریشه در ارتباطات ناکافی، دیرهنگام یا ناموثر دارند(۵۲). ادغام این گفتگوها به‌شکلی جدی و متداول در مسیر مراقبت از سرطان و نه صرفاً در بحبوحه یک بحران امری ضروری است. افزون بر این، نیاز به همکاری بین‌رشته‌ای تضمین می‌کند که تصمیم از تمامی جنبه‌ها پشتیبانی شده و جبهه‌ای متحد و دلسوز از مراقبت برای بیمار و خانواده فراهم آورد(۵۳).

تفکیک پیامدها به مثبت و منفی، دیدگاهی متعادل و واقع‌بینانه ارائه می‌دهد. در حالی که هدف نهایی، دستیابی به پیامدهای مثبت مانند مرگی باکرامت و مراقبت همسو با ارزش‌هاست، ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت و نظام‌های بهداشتی باید نسبت به پیامدهای منفی بالقوه هوشیار باشند. ارتباطات فعال، تکراری و دلسوزانه، ابزار اصلی برای کاهش احساس رهاشدگی و مدیریت تعارضات است. پتانسیل بروز «سوگیری ضمنی» مستلزم آموزش‌های تخصصی، بازاندیشی آگاهانه و بررسی‌های نظام‌مند برای اطمینان از این است که دستور DNR به‌طور ناخواسته منجر به غفلت یا کاهش کیفیت کلی مراقبت نشود(۵۴).

مدل مفهومی: اکوسیستم تصمیم‌گیری DNR

بر پایه این تحلیل، مدل مفهومی «اکوسیستم تصمیم‌گیری DNR برای سرطان پایان حیات» را پیشنهاد می‌کنیم. این مدل پیشنهاد می‌کند که دستور DNR در مرکز یک سیستم پویا قرار دارد که توسط سه قلمرو درهم‌تنیده و دائماً در تعامل احاطه شده است:

۱. قلمرو بالینی: این حوزه شامل واقعیت‌های عینی پزشکی مانند نوع و مرحله سرطان، وضعیت عملکردی مانند نمره (ECOG، comorbidities) و داده‌های مربوط به بی‌فایده بودن CPR است.

۲. قلمرو ارتباطی-ارزشی: این حوزه ارزش‌ها، باورها، پیشینه فرهنگی، تجربیات قبلی با بیماری و پویایی‌های خانوادگی بیمار را در بر می‌گیرد. همچنین کیفیت رابطه بیمار- ارائه‌دهنده و سطح سواد سلامت را شامل می‌شود. تعارضات اخلاقی و ارتباطی اغلب در رابط بین قلمروهای بالینی و ارتباطی- ارزشی رخ می‌دهند مانند باور مذهبی یک خانواده به معجزه در تقابل با واقعیت بالینی بی‌فایده بودن CPR.

۳. قلمرو سیستمیک- بافتاری: این حوزه به زمینه وسیع‌تر اشاره دارد که شامل سیاست‌های بیمارستان، چارچوب‌های قانونی دستورالعمل‌های پیشین، هنجارهای فرهنگی- منطقه‌ای و ملی و ساختارهای مالی نظام سلامت (مانند مدل‌های fee-for-service) که ممکن است به‌طور ناخواسته مراقبت تهاجمی را ترویج کنند می‌شود.

یک تصمیم DNR هماهنگ و از نظر اخلاقی معتبر، تصمیمی است که در آن این سه قلمرو از طریق ارتباطات ماهرانه، فروتنی فرهنگی و همکاری بین‌رشته‌ای با یکدیگر هم‌تراز شده باشند.

مفاهیمی برای تمرین پرستاری، آموزش و پژوهش

عمل پرستاری: این تحلیل چارچوبی مستحکم برای پرستاران فراهم می‌آورد تا نقش محوری خود را به‌عنوان مدافعان بیمار، ارتباط‌دهندگان و مراقبان درک کنند. آنان باید در پیشبرد فعال برنامه‌ریزی مراقبت پیشرفته (ACP) به‌صورت زودهنگام، برقراری ارتباطی ماهرانه برای رفع سوءتفاهم‌ها و هوشیاری برای پیشگیری از سندرم DNR پیشگام باشند.

آموزش: برنامه‌های درسی پرستاری باید فراتر از مکانیک صرف صدور دستور DNR رفته و آموزش در زمینه ارتباطات پیشرفته، استدلال اخلاقی، فروتنی فرهنگی و کار تیمی بین‌رشته‌ای را بگنجانند. آموزش مبتنی بر شبیه‌سازی با استفاده از بیماران استاندارد شده می‌تواند در این زمینه بسیار مؤثر باشد.

پژوهش: پژوهش‌های آتی باید بر حوزه‌های زیر تمرکز کنند:

- **مطالعات مداخله‌ای:** آزمون اثربخشی ابزارهای ارتباطی خاص (مانند مدل VitalTalk) و مداخلات ACP در بهبود کیفیت تصمیم‌گیری و کاهش تعارضات پیرامون DNR در حیطه انکولوژی.
- **پژوهش‌های کیفی:** تعمیق درک از این پدیده از طریق کاوش در «تجربه زیسته» بیمارانی که به‌صورت آگاهانه به وضعیت DNR رضایت می‌دهند.

References

1.Chi S, Kim S, Reuter M, Ponzillo K, Oliver DP, Foraker R, et al. Advanced care planning for hospitalized patients following clinician notification of patient mortality by a machine learning algorithm. JAMA Network Open. 2023;6(4):e238795-e.
2.Vakili-Ojarood M, Naseri A, Shirinzadeh-Dastgiri A, Saberi A, HaghighiKian SM, Rahmani A, et al. Ethical considerations and equipoise in cancer surgery. Indian Journal of Surgical Oncology. 2024;15(Suppl 3):363-73.
3.Wintz D, Schaffer KB, Wright K, Nilsen SL. EMPOWERING END-OF-LIFE CONVERSATIONS: The Role of Specialized Nursing Teams in Facilitating Code Status Changes at Discharge. Journal of Palliative Care. 2025;40(2):176-82.
4.Sendak M, LeBlanc TW, Ma J. Machine Learning for Targeted Advance Care Planning in Cancer Patients: A Quality Improvement Study.
5.Dempsey A. Palliating uncertainty: tools from the pragmatism of William James, MD: University of Oxford; 2025.
6.Anonjarn K, Matchim Y. Effectiveness of End-of-Life Care in the Community in the Asian Context: A Systematic Review. INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing. 2025;62:00469580251382394.
7.Breivik E, Ervik B, Kitzmüller G. Ambivalent and heavy burdened wanderers on a road less travelled: A meta-ethnography on end-of-life care experiences in rural areas. 2023.
8.Sihvola S. Resilience among the individuals with a colorectal cancer diagnosis and their evaluations of the received patient counseling: Itä-Suomen yliopisto; 2025.
9.Killackey T, Peter E, Maciver J, Mohammed S. Advance care planning with chronically ill patients: A relational autonomy approach. Nursing ethics. 2020;27(2):360-71.
10.Clark MA, Ott M, Rogers ML, Politi MC, Miller SC, Moynihan L, et al. Advance care planning as a shared endeavor: completion of ACP documents in a multidisciplinary cancer program. Psycho Oncology. 2017;26(1):67-73.
11.Mathews JJ, Chow R, Wennberg E, Lau J, Hannon B, Zimmermann C. Telehealth palliative care interventions for patients with advanced cancer: a scoping review. Supportive Care in Cancer. 2023;31(8):451.
12.Johnson S, Butow P, Kerridge I, Tattersall M. Advance care planning for cancer patients: a systematic review of perceptions and experiences of patients, families, and healthcare providers. Psychooncology. 2016;25(4):362-86.
13.Searight HR. Cross-Cultural Issues in End-of-Life Care: A Selective Overview of Recent Research and Ethical Perspectives. Advances in Sociology Research. 2022:139.
14.Morata L. An evolutionary concept analysis of futility in health care. Journal of advanced nursing. 2018;74(6):1289-300.
15.Kelly PA, Baker KA, Hodges KM, Vuong EY, Lee JC, Lockwood SW. Nurses' perspectives on caring for patients with do-not-resuscitate orders. AJN The American Journal of Nursing. 2021;121(1):26-36.
16.Connor J, Flenady T, Massey D, Dwyer T. Clinical judgement in nursing–An evolutionary concept analysis. Journal of Clinical Nursing. 2023;32(13-14):3328-40.
17.Rodgers BL, Jacelon CS, Knafl KA. Concept analysis and the advance of nursing knowledge: state of the science. Journal of Nursing Scholarship. 2018;50(4):451-9.
18.Notarnicola I, Lommi M, Ivziku D, Carrodano S, Rocco G, Stievano A, editors. The nursing theory of complex adaptive systems: A new paradigm for nursing. Healthcare; 2024: MDPI.
19.Baumann M, Killebrew S, Zimnicki K, Balint K. Do-not-resuscitate orders in the perioperative environment: a multidisciplinary quality improvement project. AORN journal. 2017;106(1):20-30.
20.Hernández-Zambrano S, Carrillo-Algarra A, Manotas-Solano O, Ibáñez-Gamboa S, Mejia-Mendez L, Martínez-Montoya O, et al. Interprofessional interventions and factors that improve end-of-life care in intensive care units: An integratory review. Enfermería Intensiva (English ed). 2024;35(4):352-67.
21.Kruser JM, Aaby DA, Stevenson DG, Pun BT, Balas MC, Barnes-Daly MA, et al. Assessment of variability in end-of-life care delivery in intensive care units in the United States. JAMA network open. 2019;2(12):e1917344-e.
22.Kothinti RR. Artificial intelligence in healthcare: Revolutionizing precision medicine, predictive analytics, and ethical considerations in autonomous diagnostics. World Journal of Advanced Research and Reviews. 2024;19(3):3395-406.
23.Goldstein NE, Mather H. The complexities of advance care planning in individuals with advanced dementia. JAMA Internal Medicine. 2018;178(7):969-70.
24.Batstone E, Bailey C, Hallett N. Spiritual care provision to end of life patients: A systematic literature review. Journal of clinical nursing. 2020;29(19-20):3609-24.
25.Asrina A. Precision medicine approaches in oncology: current trends and future directions. Advances in Healthcare Research. 2024;2(1):36-48.
26.Rodgers BL, Knafl KA. Concept development in nursing: Foundations, techniques, and applications. 1993.
27.Venneman S, Narnor-Harris P, Perish M, Hamilton M. "Allow natural death" versus "do not resuscitate": three words that can change a life. Journal of Medical Ethics. 2008;34(1):2-6.
28.Bishop JP, Brothers KB, Perry JE, Ahmad A. Reviving the conversation around CPR/DNR. The American journal of bioethics. 2010;10(1):61-7.

29.Tonna JE, Keenan HT, Weir C. A qualitative analysis of physician decision making in the use of extracorporeal cardiopulmonary resuscitation for refractory cardiac arrest. Resuscitation Plus. 2022;11:100278.
30.Goswami P. Advance care planning and end-of-life communications: practical tips for oncology advanced practitioners. Journal of the advanced practitioner in oncology. 2021;12(1):89.
31.Vidal EIdO, Ribeiro SCdC, Kovacs MJ, Máximo da Silva L, Sacardo DP, Iglesias SBdO, et al. Position statement of the Brazilian Palliative Care Academy on withdrawing and withholding life-sustaining interventions in the context of palliative care. Critical Care Science. 2024;36:e20240021en.
32.Chan HY-L, Ng JS-C, Chan K-S, Ko P-S, Leung DY-P, Chan CW-H, et al. Effects of a nurse-led post-discharge advance care planning programme for community-dwelling patients nearing the end of life and their family members: a randomised controlled trial. International journal of nursing studies. 2018;87:26-33.
33.Bierle RS, Vuckovic KM, Ryan CJ. Integrating palliative care into heart failure management. Critical Care Nurse. 2021;41(3).
34.Kellogg MC. Oiremos: The development, implementation, and evaluation of a holistic health curriculum for a Hispanic youth enrichment program: Yale University; 2022.
35.Shah MA, Aung UT. Euthanasia from the Islamic Perspective: Ending Life of a Patient Whose Recovery Is Absolutely Impossible. IIUM Medical Journal Malaysia. 2018;17(2).
36.Hutchison NA, Deval N, Rabusch S, Rich H, Kelley T, Flinn N, et al. Physical therapy–based exercise protocol for cancer patients: Evaluating outcomes for cardiopulmonary performance and cancerrelated fatigue. PM&R. 2019;11(11):1178-83.
37.Sudore R, Lum H, You J, Hanson L, Meier D, Pantilat S, et al. Defining advance care planning for adults: a consensus definition from a multidisciplinary Delphi panel (S740). Journal of Pain and Symptom Management. 2017;53(2):431-2.
38.Johnstone M-J, Hutchinson AM, Redley B, Rawson H. Nursing roles and strategies in end-of-life decision making concerning elderly immigrants admitted to acute care hospitals: An Australian study. Journal of Transcultural Nursing. 2016;27(5):471-9.
39.Mercadante S, Gregoretti C, Cortegiani A. Palliative care in intensive care units: why, where, what, who, when, how. BMC anesthesiology. 2018;18(1):106.
40.Jafari H, Amjadi S, Javadian KH. Ethical issues of do not resuscitate in cancer patients: A narrative review from a nursing perspective. 2023.
41.Goswami P, Mistric M, Barber FD. Advance Care Planning: Advanced practice provider--initiated discussions and their effects on patient-centered end-of-life care. Clinical journal of oncology nursing. 2020;24(1).
42.Agarwal R, Epstein AS, editors. Advance care planning and end-of-life decision making for patients with cancer. Seminars in oncology nursing; 2018: Elsevier.
43.Wan BA, Jiang C, Agarwal A, Lam M, Chow E, Henry B. A review on the impact of" do-not-resuscitate" orders on mortality and quality of care. Journal of Pain Management. 2017;10(1).
44.Rietjens JA, Sudore RL, Connolly M, van Delden JJ, Drickamer MA, Droger M, et al. Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care. The Lancet Oncology. 2017;18(9):e543-e51.
45.Tobin J, Rogers A, Winterburn I, Tullie S, Kalyanasundaram A, Kuhn I, et al. Hospice care access inequalities: a systematic review and narrative synthesis. BMJ supportive & palliative care. 2022;12(2):142-51.
46.Barawid E, Covarrubias N, Tribuzio B, Liao S. The benefits of rehabilitation for palliative care patients. Am J Hosp Palliat Care. 2015;32(1):34-43.
47.Quill TE, Abernethy AP. Generalist plus specialist palliative care—creating a more sustainable model. New England Journal of Medicine. 2013;368(13):1173-5.
48.Chow K, Dahlin C. Integration of Palliative Care and Oncology Nursing. Semin Oncol Nurs. 2018;34(3):192-201.
49.Larson DG, Tobin DR. End-of-life conversations: evolving practice and theory. Jama. 2000;284(12):1573-8.
50.Phelps AC, Maciejewski PK, Nilsson M, Balboni TA, Wright AA, Paulk ME, et al. Religious coping and use of intensive life-prolonging care near death in patients with advanced cancer. Jama. 2009;301(11):1140-7.
51.Ouyang DJ, Lief L, Russell D, Xu J, Berlin DA, Gentzler E, et al. Timing is everything: Early do-not-resuscitate orders in the intensive care unit and patient outcomes. PloS one. 2020;15(2):e0227971.
52.Krones T, Anderson S, Borenko C, Fromme E, Götze K, Lasmarias C, et al. Advance Care Planning as Key to Person Centered Care: Evidence and Experiences, Programmes and Perspectives. Elsevier; 2023. p. 1-6.
53.Kesonen P, Salminen L, Kero J, Aappola J, Haavisto E. An Integrative Review of Interprofessional Teamwork and Required Competence in Specialized Palliative Care. Omega (Westport). 2024;89(3):1047-73.
54.Smith CB, Bunch O'Neill L. Do not resuscitate does not mean do not treat: how palliative care and other modalities can help facilitate communication about goals of care in advanced illness. Mt Sinai J Med. 2008;75(5):460-5.