

گزارش یک مورد:

بیماری با آسیب مغزی هیپوکسیک و بیماری با ضربه مغزی: اولویت‌بندی در بخش ICU

نویسندگان:

نوید کلانی^۱، ژیلار رحمانیان^۱، منصور درویشی تفویضی^{۲*}

۱- مرکز تحقیقات مولفه های اجتماعی سلامت، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران

۲- مرکز تحقیقات اخلاق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران

Journal of Education and Ethics in Nursing, Vol.6, No.3&4, Fall & Winter 2017

چکیده:

مقدمه: تامین منابع برای پاسخگویی به تمامی نیازهای بهداشتی و درمانی در بخش سلامت، حتی برای کشورهای ثروتمند نیز بطور تام رخ نمی‌دهد؛ لذا مسئله تخصیص منابع و اولویت بندی همواره یکی از چالش‌های مدیریتی در نظام سلامت بوده است.

معرفی بیمار: بیمار آقای ۶۲ ساله به دلیل کاهش سطح هوشیاری توسط اورژانس ۱۱۵ به بیمارستان منتقل گردید. در آمبولانس، بیمار ایست قلبی می‌دهد و به دلیل فیبریلاسیون بطنی (VF)، شوک الکتریکی دریافت می‌کند و احیا می‌شود. سریعاً پس از ورود به بیمارستان در بخش مراقبت‌های ویژه بستری می‌گردد. بعد از دو روز هم چنان سطح هوشیاری بیمار پایین بوده و مردمک به نور واکنش کمی نشان می‌دهد. چند ساعت بعد بیمار دچار تشنج شده و پس از انجام سی تی اسکن برای بیمار، آسیب مغزی هیپوکسیک گزارش می‌شود. بیمار علی‌رغم اقدامات پزشکی و مراقبت‌های ویژه در همین وضعیت باقی مانده و در بخش مراقبت‌های ویژه به سر می‌برد و هیچ روند بهبودی پیدا نکرده است. اکنون ۲۲ روز از این وضعیت می‌گذرد. به تازگی یک بیمار جوان ۱۸ ساله در اثر تصادف دچار ضربه مغزی گردیده و به بیمارستان منتقل می‌شود. این در حالی است که ظرفیت بخش مراقبت‌های ویژه در سایر بخش‌های بیمارستان وجود ندارد و با کمبود تخت بخش مراقبت‌های ویژه مواجه هستیم.

نتیجه‌گیری: با تشکیل کمیته اخلاق بیمارستانی و بررسی اندیکاسیون‌ها و مشارکت دادن همراهان بیمار ۶۲ ساله در تصمیم‌گیری؛ می‌توان یک تخت در بخش اضافه کرده و مراقبت‌هایی نظیر بخش مراقبت‌های ویژه ارائه داد تا بیماری که اولویت بیشتری دارد نیز بتواند در بخش مراقبت‌های ویژه نگهداری شود.

واژگان کلیدی: بخش مراقبت‌های ویژه، تخصیص منابع، اخلاق پزشکی

J Educ Ethics Nurs 2017; 6(3&4):9-13

مقدمه:

داده شود [۴]. اگرچه تصمیم‌گیرندگان نظام سلامت به طور فزاینده‌ای در استفاده از شواهد بالینی و کاربرد تحلیل‌های اقتصادی در تنظیم اولویت‌ها موفق عمل می‌کنند، اما آنها در مورد این که تصمیماتشان از نظر اخلاقی صحیح می‌باشد، اطمینان چندانی ندارند [۵]. اولویت‌بندی یکی از چالش‌های بزرگ برای سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات سلامتی است. رویکردهای گوناگونی برای کمک به تصمیم‌گیرندگان برای تنظیم اولویت‌ها در سازمان‌هایشان ایجاد شده است که رایج‌ترین آنها از پزشکی

بخش سلامت امروزه از مهم‌ترین بخش‌های خدماتی و یکی از شاخص‌های توسعه و رفاه اجتماعی است [۱]. نظام‌های سلامت امروزه یکی از بزرگترین بخش‌های اقتصاد جهان را تشکیل می‌دهند [۲]. در اغلب کشورهای در حال توسعه حدود ۵ الی ۱۰ درصد هزینه‌های دولت به بخش سلامت اختصاص یافته است [۳]. برای تصمیم‌گیری در مورد موضوعات نظام سلامت علاوه بر علمی بودن تصمیمات، بایستی مسائل ارزشی نیز لحاظ شود تا به نگرانی‌های ارزشی، فرهنگی، اجتماعی و سیاسی نیز پاسخ

*نویسنده مسئول، نشانی: جهرم، مرکز تحقیقات اخلاق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جهرم.

پست الکترونیک: tafvizi.m@gmail.com

تلفن تماس: ۰۹۱۷۹۰۸۱۶۳۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۵/۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۲/۶

بیمار مانتورینگ قلبی شده و لوله داخل تراشه برای بیمار گذاشته و به دستگاه ونتیلاتور متصل می‌شود. بعد از دو روز هم چنان سطح هوشیاری بیمار پایین بوده و مردمک به نور واکنش کمی نشان می‌دهد. چند ساعت بعد بیمار دچار تشنج می‌شود. پس از معاینه نورولوژیست و پس از انجام سی تی اسکن برای بیمار، آسیب مغزی هیپوسیک گزارش می‌شود. رفته رفته سطح هوشیاری بیمار کاهش می‌یابد و GCS (Glasgow Coma Scale) (معیارهای نمره دهی گلاسکو)، بیمار به ۳ رسید. بیمار علی‌رغم اقدامات پزشکی و مراقبت‌های ویژه در همین وضعیت باقی مانده و در بخش مراقبت‌های ویژه به سر می‌برد و هیچ روند بهبودی پیدا نکرده است. اکنون ۲۲ روز از این وضعیت می‌گذرد. به تازگی یک بیمار جوان ۱۸ ساله در اثر تصادف دچار ضربه مغزی گردیده و به بیمارستان منتقل می‌شود. این در حالی است که ظرفیت بخش مراقبت‌های ویژه در سایر بخش‌های بیمارستان وجود ندارد و با کمبود تخت در بخش مراقبت‌های ویژه مواجه هستیم. حال با توجه به عدم امید بهبودی بیمار ۶۲ ساله و نبود تخت بخش مراقبت‌های ویژه دیگر، چه تصمیمی باید گرفته شود؟ آیا به اطرافیان و خانواده بیمار ۶۲ ساله اطلاع داده شود که وی قابل علاج نیست و امیدی به بهبودی او وجود ندارد و از آنان بخواهیم تا بیمارشان را به منزل ببرند؟ یا به بخش انتقال دهیم و در بخش نگهداری شود؟ یا همچنان در بخش مراقبت‌های ویژه نگهداری شود؟ هر کدام از این تصمیمات را چگونه با همراهان بیمار در میان بگذاریم؟ با بیمار تصادفی چکار کنیم؟ آیا از پذیرش او اجتناب کنیم؟ یا اولویت را به این بیمار تصادفی بدهیم؟ تصمیم صحیح چیست؟ و اخذ آن بر عهده چه کسی یا چه افرادی است؟

بحث:

در سطح میکرو این ارائه دهندگان حرفه‌ای مراقبت‌های سلامت هستند که تصمیم می‌گیرند کدام اشخاص زودتر از بقیه مورد مراقبت قرار گیرند و کدام بیماران آزمون‌های تشخیصی و کدام داروها را دریافت کنند، کدام بیماران در بیمارستان بستری شوند و کدام بیماران به اتاق عمل برده شوند [۸]. مطالعات مربوط به مراقبت‌های ویژه تعیین کردند که تصمیمات مربوط به بستری در بخش مراقبت‌های ویژه از یک بالینگر به بالینگر بعدی، متفاوت می‌باشد. برخی به نیازهای شدید و برخی دیگر به احتمال حصول فایده اولویت می‌دهند. برخی جوانترها را و برخی دیگر سالمندان را دارای اولویت می‌دانند، در اغلب موارد پزشکی که بیشترین سر و صدا را راه انداخته اند توانسته اند تختی برای بیمار خود پیدا کنند [۹]. در کیسی که گزارش شد نیز انتخاب بیمار ۶۲ ساله از میان سایر بیمارانی که هم اکنون در حال استفاده از تخت در بخش مراقبت‌های ویژه هستند، به عنوان کاندیدای اعطای تخت

مبتنی بر شواهد، علم اقتصاد و علم اخلاق نشأت گرفته‌اند. پزشکی مبتنی بر شواهد بر اثربخشی و تناسب در تخصیص منابع برای خدمات سلامتی برای جمعیت‌های ویژه بیماران تمرکز دارد. زمانی که منابع کمیاب هستند، شواهد بالینی می‌تواند به ایجاد تصمیماتی منجر شود که اتلاف منابع در درمان‌های غیر اثربخش و نامتناسب را به حداقل برساند و استفاده از منابع را برای درمان‌های صحیح بیماران در زمان مناسب به حداکثر رساند. اخلاق در تخصیص منابع در سطح خرد در ارتباط با مفهوم عدالت و وظیفه مالی پزشک نسبت به بیمار بررسی می‌شود. تخصیص منابع از لحاظ بالینی بایستی بدون توجه به عواملی مانند مذهب یا جنسیت باشد و همچنین شفاف و قابل توجیه و قابل دفاع باشد [۶]. گاهی کمبود منابع به نبود یک کالا یا جنس خاص بر می‌گردد، در این حالت محدودیت منابع به صورت طبیعی وجود دارد. اما گاهی کمبود منابع به محدودیت و مشکلات مادی بر می‌گردد که در این حالت مشکل اصلی کمبود سرمایه و امکانات است و محدودیت طبیعی وجود ندارد [۷]. اولویت بندی جزئی کلیدی در تمامی نظام‌های سلامت است، زیرا هیچ نظام سلامتی چه فقیر و چه غنی نیست که توان مالی تامین تمامی خدماتی را که مایل است، داشته باشد. در داخل نظام سلامت اولویت بندی در تمامی سطوح رخ می‌دهد. میکرو (در بالین با در برنامه‌های بالینی)، مزو (در بیمارستان‌ها یا موسسات منطقه‌ای) و ماکرو (در سطح فراگیری تمامی سامانه). بالینگران به طور مستقیم در امر اولویت بندی در سطح میکرو و هم چنین غالباً در سایر سطوح درگیر می‌شوند. عدالت چنین اقتضا می‌کند که با موردهای مشابه به شیوه‌ای رفتار شود و سودها و بارهای خدمات سلامت، به نحوی برابر به بیماران اختصاص پیدا کند. برای مثال هنگامی این تصمیم گرفته می‌شود که تخت بخش مراقبت‌های ویژه به کدام بیمار داده شود، آیا مدیر بخش مراقبت‌های ویژه باید بر سود تاکید کند و تخت را به بیماری بدهد که طولانی‌ترین و بهره‌ورترین زندگی را در پیش خواهد داشت؟ یا بر نیاز تاکید کند و تخت را به بیماری بدهد که آسیب پذیر تر است؟ این تعارض هنگامی گسترده تر می‌شود که انتخاب‌های پیش رو هزینه‌های متفاوتی را در بر داشته باشد [۸].

معرفی بیمار:

بیمار آقای ۶۲ ساله به دلیل کاهش سطح هوشیاری توسط اورژانس ۱۱۵ به بیمارستان منتقل گردید. طبق گفته خانواده وی، بیمار از شب گذشته از درد شدید قفسه‌ی سینه شکایت می‌کرد. در آمبولانس، بیمار ایست قلبی می‌دهد و به دلیل فیبریلاسیون بطنی، شوک الکتریکی دریافت می‌کند و احیا می‌شود. سریعاً پس از ورود به بیمارستان در بخش مراقبت‌های ویژه بستری می‌گردد.

خاص مرگ مغزی اثبات نشده بود، کمیته اخلاق بیمارستانی با توجه به اختیارات خود پس از مشورت تصمیم گرفتند، با ایجاد شرایطی مشابه بخش مراقبت های ویژه در بخش و قرار دادن پرستاران مجرب برای مراقبت، بیمار ۶۲ ساله را به بخش منتقل کنند تا بیمار تصادفی نیز بتواند از تخت بخش مراقبت های ویژه استفاده کند. اما اجرای این تصمیم ساده نبود، طبیعی بود که همراهان بیمار ۶۲ ساله با توجه به شناختی که پزشک بیمار مذکور از آنها داشت، این مسئله را نپذیرند. به پیشنهاد مدیر گروه اخلاق پزشکی، همراه بیمار ۶۲ ساله به جلسه فراخوانده شد. مجدداً مساله و چالش پیش آمده طرح گردید، با مشارکت دادن همراه بیمار و اطمینان دادن به وی از اینکه تمام مراقبت های ویژه برای بیمارشان در بخش انجام خواهد شد، او رضایت داد تا بیمارشان به بخش منتقل شود. با این رضایت تیم درمان سریعاً اقدامات لازم را انجام دادند و جابجایی انجام شد تا تخت بخش مراقبت های ویژه در اختیار بیمار تصادفی قرار گیرد.

نتیجه گیری:

با توجه به اینکه هر دو بیمار به مراقبت های ویژه در بخش مراقبت های ویژه نیاز دارند و تنها یک تخت آزاد در بخش مراقبت های ویژه موجود است، می توان یک تخت در بخش اضافه کرده و مراقبت هایی نظیر بخش مراقبت های ویژه ارائه داد تا بیماری که اولویت بیشتری دارد نیز بتواند در بخش مراقبت های ویژه نگه داری شود. یک پیشنهاد دیگر نیز آن است که در موارد مشابه در صورت امکان و وجود فضای فیزیکی لازم؛ با اضافه نمودن یک تخت اکسترا در بخش مراقبت های ویژه هر دو بیمار را در بخش مراقبت های ویژه نگهداری نمود که در این صورت نیز با توجه به محدودیت منابع، کیفیت خدمات رسانی به همه ی بیماران نسبت به درمان استاندارد به یک نسبت کاهش می یابد.

تشکر و قدردانی:

از واحد توسعه تحقیقات بالینی مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی پیمانیه دانشگاه علوم پزشکی شهرستان جهرم بابت تامین تسهیلات لازم برای انجام این تحقیق تقدیر و تشکر می شود.

تعارض منافع:

در این مطالعه هیچگونه تعارض منافع وجود ندارد.

خود به بیمار تصادفی؛ نشان دهنده آن است که یک اولویت بندی ضمنی در بین آنهایی که با این چالش مواجه شده اند وجود دارد. در بیمارستان گروت شور در آفریقای جنوبی کاهش شدید بودجه و افزایش شیوع شدید آسیب های ضربه به سر، جراحان اعصاب را با چالش روبرو کرد. این بالینگران نامطمئن از اینکه چه باید بکنند و آشفته از پیامدهای اخلاقی بیشماری که این تصمیمات در بر دارند، شروع به همکاری با مرکز اخلاق زیستی دانشگاه کیپ تاون کردند تا سیاستی را برای تخصیص منابع تدوین نمایند که از نظر اخلاقی قابل دفاع باشد. نکات کلیدی در این سیاست این بود که اجازه می داد تمامی بیماران دچار آسیب به سر، کاملاً احیا و در بخش مراقبت های ویژه بستری شوند و متعاقباً ۲۴ ساعت بعد، توسط تیم جراحی اعصاب مورد ارزیابی کامل قرار بگیرند، با این نگرش که درمان های تهاجمی برای آنهایی که بدترین پیش آگهی را دارند، قطع گردد [۱۰]. یکی از دغدغه های پزشکان همین مسئله می باشد که با این بیماران چگونه باید عمل کرد. از یک طرف هزینه هایی که بر بیمار و بیمارستان تحمیل می شود و تخت بخش مراقبت های ویژه اشغال می شود و از طرفی از لحاظ قانونی و اخلاقی پزشکان اجازه ی عدم درمان بیمار را ندارند و تا آخرین لحظه بر اساس علایم بیمار، معاینات، آزمایشات و همه ی اقدامات لازم را انجام می دهند، حتی اگر بدانیم این مداخله فایده چندان ندارد. در کیس حاضر همان گونه که ذکر شد مجموعه ای از چالش های اخلاقی و حرفه ای وجود دارد. به مجرد انجام اقدامات اورژانسی برای بیمار با توجه به احساس نیازی که از سوی پزشکان برای مراقبت وی در بخش بخش مراقبت های ویژه پیدا شد و نبود تخت بخش مراقبت های ویژه گزارش گردید، پزشکان با یک دوراهی سخت برای تصمیم گیری مواجه شدند که یافتن پاسخ برای چالش های اخلاقی این تصمیم، بر اساس قانون و شریعت، آنها را متوجه گروه اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی جهرم ساخت. کیس معرفی شد و چالش های اخلاقی مشخص گردید. بر اساس مصوبات وزارت بهداشت کمیته اخلاق بیمارستانی مرجع تصمیم گیری در این خصوص شد. با تشکیل سریع این کمیته، تمام اندیکاسیون های بیمار تصادفی توسط متخصصان نورولوژیست بررسی شد، با مشخص شدن نیاز مبرم وی به مراقبت در بخش مراقبت های ویژه، وضعیت تمامی بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه گزارش شد، از بین همه بیماران تنها موردی که امیدی به بهبودی اش اندک بود، بیمار ۶۲ ساله بود. بر اساس استفتائات فقهی، جدا نمودن دستگاه ونتیلاتور از بیمار جایز نیست، مگر آنکه یقیناً مرگ مغزی وی ثابت شود، که در آن صورت تجدید دستگاه ها لازم نیست [۱۱] در این مورد

References:

1. Tourani S. Study of performance of general Hospitals in Iran University of medical sciences. Tehran. Islamic Azad University; 1995:1-5. (Persian)
2. The world Health Report 2000: improving performance. Who Geneva 2000; 37-136.
3. Newlander W. Hospital Economics and Financing in Developing Countries. WHO 1993; 1.
4. Hyder A, Merritt M, Ali J, Tran NT, Subramanian K, Akhtar T. Integrating ethics, health policy and health systems in low-and middle income countries: case studies from Malaysia and Pakistan. Bull World Health Organ 2008; 86 (8):606-611.
5. Gibson J, Martin D, Singer P. Evidence, Economics and Ethics: Resource Allocation in Health Services Organizations. Health Care Q 2005; 8(2):50-59.
6. Abbasi M, Faraji O. Role of ethics in fair allocation of health resources. Bioeth J 2013; 2(6): 122-134.
7. Morreim E H. Balancing Act: The New Medical Ethics of Medicine's New Economics. Georgetown University Press, 1995: 47-51
8. Larihani B, Aramesh K. Physician and ethical considerations. (A Two-volume textbook). Tehran, Baraye Farda, 2013: 226-227. (Persian)
9. Cohen J. Pluralism and proceduralism. Chicago-Kent Law Rev 1994;69(3):589-618.
10. Benatar SR, Fleischer TE, Peter JC, Pope A, Taylor A. Treatment of head injuries in the public sector in south Africa. S Afr Med J 2000 90(8):790-3.
11. Makarem Shirazi N. Estefaat. Renewal of oxygen for brain death. [cited nov 28 2016]. Available at: URL:<https://makarem.ir/main.aspx?typeinfo=21&lid=0&catid=46872&mid=262234>

A Case Report: A patient with Hypoxic Brain Damage and a Patient with Stroke: Prioritizing in ICU

Navid Kalani¹, Zhila Rahmanian¹, Mansour Tafvizi^{2*}

Received: 2018/26/04

Accepted: 2018/24/07

1. Research center for social Determinants of Health, Jahrom University of Medical Sciences, jahrom, Iran
2. Medical Ethic Research Center, Jahrom University of Medical Sciences, jahrom, Iran

Journal of Education and Ethics in Nursing, Vol.6, No.3&4, Fall & Winter 2017

J Educ Ethics Nurs 2017;6(3&4):9-13

Abstract:

Introduction:

Providing resources to meet all health and medical needs in the health sector, even in wealthy countries, does not occur completely. Hence, the issue of resource allocation and prioritization has always been one of the management challenges in health systems.

Patient introduction:

The patient was a 63-year-old man taken to the hospital because of a reduced level of consciousness. In the ambulance, the patient had a heart attack and received electric shock due to ventricular fibrillation (VF). Immediately after being admitted to the hospital, he was hospitalized in the intensive care unit (ICU). After two days, the patient's consciousness was still low and his pupils showed a slight reaction to light. A few hours later, the patient suffered a seizure and the CT scan results indicated hypoxic brain damage. Despite medical and special care efforts, he has remained in the same situation in the ICU and no improvement has been found. It is 22 days that he has been in the hospital. Recently, an 18-year-old patient has been taken to the hospital due to a stroke in a car accident. However, there is no blank capacity of ICU in other wards of the hospital and we face a shortage of ICU beds.

Conclusion:

Through the establishment of the hospital ethics committee, review of indications, and involvement of the 62-year-old patient's fellows in decision-making, one bed can be added to one of the wards and the necessary ICU services can be provided to the patient with a higher emergency status.

Keywords: ICU, Resource Allocation, Medical Ethics

* Corresponding author Email: tafvizi.m@gmail.com