

## گفتار دوم - مداخلات ضروری و غیر ضروری

در پزشکی نوین، از ابتدای مراجعه بیمار به پزشک که با شرح حال گرفتن از وی آغاز می‌شود تا مراحل انتهایی که معمولاً به تجویز دارو یا گاهی به جراحی می‌انجامد، با مداخلات بیشماری مواجهیم. در هر مورد بالینی خاص، تنها به تعدادی از این مداخلات با توجه به نیاز و اطلاعات حاصل از شرایط بالینی و اهداف پزشکی اشاره می‌شود و یک مسئول ذیصلاح باید تشخیص دهد که چه مداخله‌ای مناسب‌تر است، البته اولویت‌های بیمار نیز در تصمیم‌گیری نقش مهمی دارند. اما ما برای توصیف معیار قضاوت بالینی صحیح و مناسب از لحاظ فیزیولوژی و پزشکی، اصطلاح «اقدامات پزشکی ضروری»<sup>۱</sup> را به کار می‌بریم.

بنابراین با توجه به شرایط جسمی و روانی بیمار اقدامات مناسب انجام می‌گیرد. گاهی به دلایلی برخی اقدامات غیر ضروری به نظر می‌رسند. نخست این که این نوع مداخله ممکن است هیچ تأثیری روی بیمار نداشته باشد و یا حتی کاملاً اشتباه انتخاب شده باشد. به عنوان نمونه شیمی درمانی با دز بالا به دنبال پیوند مغز استخوان باعث پیشرفت سرطان سینه می‌شود. دوم اینکه مداخله‌ای که به نظر مفید می‌آید ممکن است در حالت کلی و روی برخی بیماران به دلیل تفاوت‌های فردی در مزاج و طبیعت و یا در نوع بیماری، کارایی نداشته باشد. مثلاً بیماری که داروی پایین آورنده کلسترول مصرف می‌کند و بعد از آن مبتلا به گرفتگی عضله می‌شود. اگرچه این حالت به ندرت اتفاق می‌افتد، اما به عنوان یک عارضه جدی شناخته می‌شود. سوم، مداخله مناسب در یک زمان ممکن است در زمان دیگر نامناسب باشد. به عنوان نمونه می‌توان به مراقبت‌های ویژه اشاره کرد که برای بیماری که با ایست قلبی به بیمارستان منتقل می‌شود مفید است، اما وقتی

---

1- Medically indicated

چند عضو بدن بیمار از کار بیفتد دیگر بیمار به مراقبت‌های ویژه هم پاسخی نمی‌دهد.

مورد آخر زمانی رخ می‌دهد که فرد، بیماری جدی یا آسیب دیدگی شدیدی دارد و اقدامات بالینی برای بهبود سلامتی و بازیابی عملکرد وی موجود نیست. بنابراین برخی مداخلات پزشکی نباید صورت گیرد. این موارد خود به چندین شکل ظاهر می‌شوند: بیمار در حال احتضار، بیمار پایان حیات و بیماری که مشکل لاعلاج دارد. ما این شرایط را در دو مورد زیر بررسی می‌کنیم.

مورد اول: خانم کایر، زن متأهل ۴۸ ساله‌ای با دو فرزند، از ۱۵ سال پیش به بیماری MS مبتلا شد. در طول ۱۲ سال گذشته، بیماری او پیشرفت کرده و به داروهایی که در حال حاضر برای جلوگیری از پیشرفت MS تجویز می‌شود پاسخ نداده است. اینک او از ویلچر استفاده می‌کند و در ۲ سال اخیر به جهت عدم کنترل دفع ادرار<sup>۱</sup> از «سوند» استفاده می‌کند. او از یک چشم نابیناست و چشم دیگری نیز به مقدار زیادی کم بینا شده است. چندین بار به دلیل التهاب کلیه<sup>۲</sup> و عفونت ادراری<sup>۳</sup> در بیمارستان بستری شده است. یک سال است که به شدت دچار افسردگی شده و حتی با اقوام نزدیک نیز ارتباطی ندارد و بسترش را ترک نمی‌کند. در این اواخر او از مراقبت‌های پایانی اجتناب کرده، چرا که به نظر او این اقدامات بی‌فایده و ناامید کننده است.

### الف- بیمار در حال احتضار

بسیاری از مداخلات پزشکی در مورد بیمار در حال احتضار یعنی بیماری که مرگ وی قطعی است و بزودی خواهد مرد، غیر ضروری است. بدون شک برخی

1- atonic bladder  
2- pyelonephritis  
3- Urosepsis

شرایط بالینی دلالت بر از کار افتادن برخی دستگاه‌های بدن و عدم برگشت آن‌ها دارد. اما مرگ واقعی ممکن است ساعت‌ها طول بکشد. در این وضعیت شرایط برای مداخلات پزشکی تغییر می‌کند.

مورد: اگر به مورد خانم کایر برگردیم می‌بینیم که در مراحل پیشرفت MS، او از زخم بستر عمیق رنج برده و به هیچ کدام از اقدامات درمانی از جمله پیوند پوست پاسخ نداده است. در ماه گذشته سه بار به خاطر آسپیراسیون و التهاب ریه در بخش مراقبت‌های ویژه (ICU) پذیرفته شده و به دستگاه تنفس مصنوعی نیاز پیدا کرده است و مطمئناً این وضعیت باز هم اتفاق می‌افتد. زیرا شش‌های او به شدت ضعیف شده و نیاز به اکسیژن دارد. فشار خون او برای چند ساعت ۶۰ روی ۴۰ است و مرتب کاهش می‌یابد و به داروهای افزایش فشار خون نیز پاسخ نمی‌دهد. سطح کربن‌دیکسید او اکنون ۵/۵ است و مرتب افزایش می‌یابد. همچنین PH شریان او ۶/۹۲ است. خانواده او نگرانند و از پزشک می‌پرسند که آیا تنفس مصنوعی و داروهای افزایشنده فشار خون باید قطع شود؟

پیشنهاد: خانم کایر در چندین عضو دچار نارسایی شده و رو به احتضار است. مداخلات پزشکی دیگر فایده‌ای ندارد و قضاوت درباره بیهوده بودن اقدامات پزشکی بسیار بحث برانگیز است. در این شرایط وضعیت بیمار به گونه‌ای است که با هیچ اقدامی نمی‌توان بیمار را به شرایط مناسب برگرداند و قضاوت درباره «بی‌فایده بودن» اقدامات پزشکی تقریباً درست است. البته مفهوم «بیهوده بودن» اقدامات پزشکی معنای دیگری نیز دارد که بعداً در مورد آن بحث می‌کنیم.

توصیه: اکنون خانم کایر در حال احتضار است، مرگ او تا ساعاتی دیگر اتفاق خواهد افتاد و تنفس مصنوعی دیگر بی‌فایده است. بی‌فایده بودن اقدامات



پزشکی توجیه اخلاقی برای پزشکان است که از هر اقدامی، مگر اقدامات آرام بخش صرف نظر کنند. اما اگر خانواده بیمار درخواست ادامه درمان را داشته باشند چه باید کرد.

### ب- بیمار مراحل پایانی

وقتی بیمار در مرحله پایانی است و دیگر هیچ اقدامی مؤثر نخواهد بود، برخی اندیکاسیون‌ها باید مورد ارزیابی قرار گیرد. هیچ تعریف بالینی استاندارد از کلمه «علاج ناپذیر» وجود ندارد. این واژه اغلب با مسامحه برای اشاره به پیش آگهی درباره فردی که بیماری مهلکی دارد استعمال می‌گردد. به موجب قوانین مراقبت‌های بهداشتی و قواعد قابل قبول برای بازگرداندن بیمار از بیمارستان، واژه «علاج ناپذیر» به معنی ۶ ماه یا کمتر زنده بودن تعریف می‌شود. اما تعریف بالینی این لغت به این ترتیب است که باید تنها برای بیمارانی به کار برده شود که طبق تجربه مسئولین مراقبت‌ها به دلیل ابتلا به بیماری خاصی در یک مدت نسبتاً کوتاهی که ممکن است چند روز، چند هفته، چند ماه و یا بیشتر باشد، علیرغم درمان مناسب خواهند مرد. تشخیص یک وضعیت علاج ناپذیر باید مبتنی بر شاهد و این قضاوت بالینی باشد که شرایط بیمار رو به وخامت، غیر قابل برگشت و مهلک است. از مزایای پیش آگهی درست، اطلاع رسانی به بیمار و خانواده وی درباره وضعیت موجود است تا به آنها این امکان را بدهد که برای زمان باقی مانده، مراقبت‌های لازم و مناسب را ترتیب دهند. اکنون تدابیر بالینی به منظور آگاهی دادن به بیمارانی که خطر مرگ ظرف ۶ ماه یا یک سال آنها را تهدید می‌کند، گسترش یافته است. گرچه چنین پیش آگهی‌هایی باید با احتیاط زیادی صورت گیرد. بیشتر بررسی‌ها نشان داده‌اند که حتی مسئولین مجرب نیز اغلب برای ارائه پیش آگهی‌های درست و دقیق ناکام بوده‌اند. برخی پزشکان بیش از

حد بدبین هستند، اما مطالعات حاکی از آن است که بیشتر مسئولین مراقبت‌های بالینی نیز که بیهوده خوش بین می‌باشند، در اطلاع رسانی به بیماران برای مرگ زود هنگامشان نا موفق هستند.<sup>۱</sup>

مورد: خانم کایر قبل از بستری شدن در بیمارستان، در خانه به سر می‌برد. او در تمام فعالیت‌های روزانه به کمک نیاز داشت و به اصطلاح زمین گیر شده و به همین دلیل گیج و سردرگم شده بود. وی به واحد اورژانس آورده شد. اینک او تب بالا و تنفس سختی دارد. عکسبرداری از قفسه سینه او گرفتگی پراکنده‌ای را نشان می‌دهد که مبین سندروم دیسترس تنفسی در بزرگسالان<sup>۲</sup> است. گازهای خونی شریانی به صورت  $PO_2$  35 ،  $PCO_2$  85 و  $PH$  7/02 است. معاینات قلبی دلالت بر سکتة قلبی حاد دارد و بررسی‌های عصبی شناختی و ریوی، نارسایی تنفسی عصبی - عضلانی را تأیید می‌کنند. حال آیا خانم کایر باید در بخش ICU بیمارستان پذیرش شود؟

پیشنهاد: این وضعیت، زندگی خانم کایر را تهدید می‌کند. اما اقدامات درمانی ممکن است مرگ وی را به تأخیر بیاندازد. دستگاه تنفس مصنوعی ممکن است تبادل گازها و نفوذ مایعات به عروق مختلف را بهبود بخشد و درمان فیبرینولیتی یا آنژیو پلاسی به علاوه گذاشتن استنت انسداد جریان خون شریانی یا ریوی را محدود می‌کند. هدف از این مداخلات دو چیز است: «حفظ عملکرد قابل قبول و طولانی کردن زندگی». در فردی که بیماری علاج ناپذیر و غیر قابل برگشت دارد و در مراحل انتهایی بسر می‌برد و آسیب جدی به تعدادی از دستگاه‌های بدن او وارد شده است، هیچ یک از اهداف مهم پزشکی دست یافتنی نیست. بیمار مسلماً هرگز سلامتی خود را باز نخواهد یافت، درد و علائم بیماری از بین نخواهد

1- Christakis N. Death foretold: Prophecy and prognosis in Medical care. Chicago: University of Chicago press; 1999.

2- adult respiratory distress syndrome (ARDS)

رفت و عملکرد متوسط بر نخواهد گشت. اما به کمک دستگاه‌های مکانیکی به طور موقت بیمار، به حیات ادامه می‌دهد.

الف) خانم کایر از بیان اولویت‌های خود درباره روند مراقبت اجتناب کرده است و در این باره از دیگر منابع هم چیزی شناخته شده نیست. بنابراین، اولویت‌های شخصی که معمولاً در این تصمیم‌گیری‌ها مهم هستند، برای مسئولین مراقبت‌ها در دسترس نمی‌باشند. اطلاعات هدفمند درباره بقا و قدرت تشخیص درست درباره احتمال بهبودی مهمترین فاکتورهای قابل توجه در تدوین راهکارها برای صرف نظر کردن از درمان اضافی است.

ب) با در نظر گرفتن پیچیدگی‌های وضعیت بیمار، احتمال بازگشت سلامتی و بهبودی در او تقریباً صفر است و با وجودی که احتمال درمان موفق التهاب ریه و انفارکتوس قلبی برای بیمار وجود دارد، اما دلایل عصبی - عضلانی التهاب ریه قابل درمان نیست. خانم کایر در فاز انتهایی بیماری قرار دارد و مرگ وی نزدیک است. احتمال ادامه زندگی او حتی تحت بهترین شرایط، بیش از چند هفته نیست. بنابراین، مداخلات پزشکی متمر ثمر نبوده و شاید التهاب ریه را تا حدی تسکین دهد، اما هیچ کدام از اهداف پزشکی را تحقق نمی‌بخشد.

ج) از نقطه نظر شواهد پزشکی، پزشکان برای طولانی کردن زندگی جدای از تعهد برای تحقق بخشیدن به حداقل اهداف طبابت هیچ الزامی ندارند. اخلاق پزشکی سنتی این جایگاه را داشته است. در نوشته‌های سقراط از پزشکی به عنوان «هنر» یاد شده و به پزشک سفارش شده است که «رنج بیمار را تسکین بخشد، از شدت بیماری بکاهد و از درمان افرادی که بیماری بر آنها غلبه کرده پرهیز کند، زیرا در این موارد کاری از پزشک ساخته نیست». این اندرز عاقلانه تا این اواخر متداول بوده و ما بر این باوریم که هنوز هم باید به آن احترام گذاشت. متأسفانه، پزشکی امروز اغلب به دنبال طولانی تر کردن حیات عضو در غیاب دیگر



توانایی‌ها و ظرفیت‌های انسانی است و این هیچ سودی برای بیمار ندارد. این امر شکستی است که باید شناخته شود یا اجتنابی است که باید پذیرفته شود؛ در چنین مواردی، پزشکی می‌تواند تنها مرگ را به تأخیر بیاندازد و نمی‌تواند مانع از وقوع مرگ شود.

د) اطلاعات هدفمند که ملاک پیش داوری است، ممکن است در تشخیص این که آیا در نوع مداخله مؤثر خواهد بود یا خیر، مفید باشد. چنین اطلاعاتی شامل تشخیص بیماری، شرایط فیزیولوژیکی، وضعیت عملکردی، وضع تغذیه، شدت بیماری و ارزیابی احتمال بهبودی بیمار است. امتیاز ارزیابی فیزیولوژی قوی و سلامتی پایدار<sup>۱</sup>، از معیارهایی است که به انتشار چنین اطلاعاتی برای بیمارانی که در ICU پذیرش می‌شوند کمک می‌کند. این سیستم ترکیبی از معیار فیزیولوژیکی حاد یعنی گلاسگو<sup>۲</sup> و بیماری مزمن برای ارزیابی خطر مرگ برای بیمار در طی مدتی است که در ICU بستری می‌باشد. چنین تحلیلی برای بیماری با سندروم دیسترس تنفسی (پنومونی) و انفارکتوس میوکاردیال حاد نشان می‌دهد که احتمال بقا بسیار پایین است. حتی اگرچه این احتمال قطعی نیست، اما مبنای مطمئنی برای قضاوت بالینی است. در چنین وضعیتی «احتمال بهبودی بودن» اقدامات پزشکی مطرح می‌شود.<sup>۳</sup>

### ج- بی فایده بودن اقدامات پزشکی

اقدامات پزشکی گاهی اوقات بی‌فایده هستند. اصطلاح «بی‌فایده» معانی بسیاری دارد و استفاده از آن در اخلاق بالینی بحث‌های داغی را به دنبال داشته

1- Acute Physiology and Chronic Health Evaluation. (APA CHE)

2- Glasgow Coma

3-Knaus WA, Wagner DP, Draper EA, et Al. APACHE III Prognostic System. Risk Prediction of hospital mortality for critically ill, hospitalized adults. Chest 1991; 100: 1619-1636.

است. دیکشنری اکسفورد آن را «فاقد توانایی برای نتیجه گرفتن یا ناکامی مطلق در رسیدن به نتیجه مطلوب به دلیل نقص ذاتی» تعریف می‌کند. بسیاری از مفسران ترجیح می‌دهند که به جای اصطلاح بی‌فایده از «درمان بی‌حاصل یا بی‌ثمر» استفاده کنند. در بخش‌های قبلی ما دیدیم که این اصطلاح برای اشاره به «بی‌فایده بودن فیزیولوژیکی» بکار برده شد؛ یعنی یک محال ذاتی که طی آن پاسخ فیزیولوژیکی مطلوب از طریق مداخله می‌تواند به انجام برسد. در شرایط بالینی «بی‌فایده بودن» مداخلات معرف تلاشی است برای سود رسانی به بیمار که منطقی و تجربه نشان می‌دهد به احتمال زیاد با شکست مواجه می‌شود و به جز در موارد استثنا امکان تحقق آن نیست. بنابراین قضاوت درباره «بی‌فایدگی» مداخلات امکان‌پذیر است و درستی آن به اطلاعات تجربی حاصل از مطالعات و تجارب بالینی بستگی دارد. به همین دلیل گاهی «بی‌فایده بودن کمی» نامیده می‌شود، اما ما ترجیح می‌دهیم که از اصطلاح «احتمال بی‌فایده بودن» استفاده کنیم. زیرا بررسی‌های بالینی که این نوع بی‌فایدگی را نشان می‌دهد نادر است، به علاوه تجارب بالینی متعدد می‌باشد و مسئولین مراقبت‌های بالینی ارزیابی‌های مختلفی از این نوع «بی‌فایدگی مداخلات» دارند. به نظر پزشکان راهکارهای متفاوت باید شانس موفقیتی بین ۰٪ تا ۵۰٪ داشته باشد، در حالی که این میزان تقریباً ۱۰٪ است. «بی‌فایده بودن» همچنین معنی کیفی نیز دارد و آن این است که برای هدفی که احتمال رسیدن به آن وجود دارد نباید تلاش کرد. برخی اخلاقیون و مسئولین مراقبت‌های بالینی استفاده از این مفهوم را به دلیل معنی گیج‌کننده و کاربرد اغلب نامناسب آن انکار می‌کنند. دیگران، از جمله خود ما، آن را وقتی در متون خاص بکار برده می‌شود، اصطلاحی مفید می‌دانیم، زیرا ما را به این تفکر و



می‌دارد که مسئولین مراقبت‌ها بهتر است روی مداخلات درمانی تمرکز کنند و به دیگر اشکال مراقبت نیز توجه نمایند.<sup>۱</sup>

درباره «احتمال بی‌فایده بودن» چهار سؤال اصلی مطرح می‌شود:

۱- چه سطحی از شواهد آماری یا تجربی برای حمایت از «بی‌فایده‌گی» مورد نیاز است؟

۲- چه کسی تصمیم می‌گیرد که آیا یک مداخله بی‌فایده است؛ پزشک یا بیمار؟

۳- چه فرایندی باید برای حل اختلاف نظرها بین بیمار و تیم پزشکی درباره این که آیا یک درمان خاص بی‌فایده است یا خیر، طی شود؟

۴- آیا احتمال بی‌فایده بودن اقدامات، یک هنجار واقعی یا رویکردی برای قضاوت بالینی است؟

در بحث از جنبه کمی «بی‌فایده‌گی کلینیکی» یک نظر احتمالی این است: «مداخله‌ای که نتیجه مطلوب به همراه داشته باشد، تا حد زیادی دور از ذهن است». این قضاوت ناشی از یک تجربه بالینی فراگیر و حاصل مطالعات بالینی است که نشان می‌دهد در برخی مداخلات خاص احتمال موفقیت کم است؛ به عنوان نمونه، می‌توان به CPR برای برخی بیماری‌ها یا حمایت‌های تنفسی مستمر برای بیماران بزرگسال یا نوزادان مبتلا به سندرم تنفسی اشاره کرد. حتی وقتی اطلاعات کافی در دسترس باشد، استفاده از آنها در یک مورد خاص گمراه کننده است، زیرا بررسی‌ها روی گروه‌ها صورت گرفته و نه روی افراد. به علاوه در

1- Zucker MB, Zucker HD, eds. Medical futility and the Evaluations of life-sustaining interventions. New York: Cambridge University press; 1997.

- Beauchamp TL, Childress JF. Conditions for overriding the prima facie obligation to treat; denying requests for non beneficial procedures. In principles of Biomedical Ethics. 5<sup>th</sup> ed. New York: Oxford University press.

- LO B. Futile interventions. In: Resolving Ethical Dilemmas. A Guide for physicians. 3<sup>rd</sup> Ed. Baltimore: Lippincott, Williams & Wilkins; 2005: 61-66.

خصوص این که چه سطح بالینی از احتمال، بی‌فایده‌گی درمان را توجیه می‌کند یا معیار بی‌فایده بودن درمان برای مسئولین مراقبت‌های بالینی چیست، اختلاف نظر وجود دارد. گروهی پیشنهاد داده‌اند که اگر مطالعات بالینی طراحی شده کمتر از ۱٪ شانس موفقیت را نشان دهند، مداخله «بی‌فایده» است.

مثال: بررسی ۸۶۵ بیماری که بعد از پیوند مغز استخوان نیاز به تنفس مصنوعی داشتند نشان داد که ۳۸۳ بیمار به علت آسیب به شش‌ها یا هپاتیت یا نارسایی کلیه و یا به دلیل اینکه بیش از ۴ ساعت به تنفس مصنوعی نیاز داشتند جان سالم به در نبردند. این مطالعه حاکی از این است که احتمال «بیهوده بودن» انتوباسیون با این شرایط یا ادامه تنفس مصنوعی بیش از ۴ ساعت وجود دارد.

پیشنهاد: این بررسی که در سال ۱۹۹۶ انجام شد، به روشنی «بیهودگی کیفی مداخلات پزشکی» را نشان می‌دهد؛ زیرا از تعداد زیاد بیمارانی که در ICU بستری بودند، تنها یک نفر جان خود را از دست داد. یک دهه بعد ممکن است این ارقام تغییر کرده یا ثابت مانده باشد، زیرا «بیهودگی» هدفی متغیر است. با این وجود مسئولین مراقبت‌های بالینی این حق را دارند که بتوانند به بهترین اطلاعات دسترسی داشته باشند.<sup>۱</sup>

مطالعات بالینی دقیق و برنامه ریزی شده، برای تعیین «بی‌فایده بودن» مداخلات به ندرت در دسترس هستند، لذا بحث و گفتگوهای اجتناب ناپذیری در این زمینه پیش خواهد آمد. حال این سؤال مطرح است که چه کسی قدرت و اختیار لازم برای تثبیت اهداف مداخلات پزشکی و تصمیم‌گیری در خصوص میزان احتمال دستیابی به این اهداف را دارد؟ برخی اخلاقیون چنین استدلال

1- Rubenfeld GD, Crawford SW. Withdrawing life support for medically ventilated recipients of bone marrow transplantation: A case for evidence based qualitative guidelines. *Ann Inter Med* 1996; 125: 625-633.

می‌کنند که پزشکان حق اجتناب از درمان را ندارند حتی اگر باور داشته باشند که نتایج مفیدی را به همراه ندارد. گروهی دیگر معتقدند که «بیهوده بودن» مداخلات باید در راستای دیدگاه‌های هدفمند، ارزش‌ها و اهداف بیماران و اولیای قانونی آنها تعریف شود. این بحث‌های اخلاقی همچنان لاینحل باقی مانده است و جایگاه قدرت تصمیم‌گیرنده ممکن است از یک مورد به مورد دیگر بسته به شرایط تغییر کند.

مورد اول: خانم ۷۵ ساله‌ای به علت آسیب شدیدی که در اثر سانحه رانندگی به سر او وارد شده بود به بخش اورژانس آورده شد. پرستار اورژانس بعد از ارزیابی دقیق به این نتیجه رسید که آسیب دیدگی به قدری شدید است که هیچ اقدامی نمی‌تواند مانع از مرگ بیمار شود. اعضای خانواده بیمار درخواست کردند که وی به بخش ICU منتقل شود و توسط یک جراح اعصاب تحت عمل جراحی قرار گیرد. اما پزشک اورژانس این درمان را بیهوده دانست.

مورد دوم: زن مسنی به نام هلگا وانجلی<sup>۱</sup> از آسیب مغزی غیر قابل برگشت ناشی از سکتة مغزی رنج می‌برد و وضعیت زندگی نباتی را تجربه می‌کرد. او نیاز به دستگاه تنفس مصنوعی داشت. پزشکان و خانواده وی معتقد بودند که هیچ امیدی برای برگشت هلگا نیست، اما همسر او با قطع ونتیلاتور مخالفت کرد و اظهار داشت که بدون در نظر گرفتن امید برای بهبودی نباید به زندگی وی پایان داد. بنابراین پزشکان به دادگاه اختیار دادند که برای قطع ونتیلاتور تصمیم بگیرد. پیشنهاد: در مورد اول، پزشکان برای تشخیص بی‌فایده بودن اقدامات فیزیولوژیکی یا غیر ممکن بودن ادامه حیات، واژه «بیهودگی» را بکار می‌برند و از لحاظ اخلاقی عدم ادامه درمان را منطقی می‌دانند. در مورد دوم، درست است که

---

1- Helga Wanglie



حمایت‌های تنفسی و دیگر مداخلات تنها زندگی خانم وانجلی را طولانی‌تر می‌کند، اما نمی‌توان درباره بیهودگی اقدامات درمانی از نظر فیزیولوژیکی قضاوت کرد. اگرچه پزشکان اذغان می‌دارند که حتی با وجود دستگاه‌های حمایتی احتمال کمی وجود دارد که خانم وانجلی سلامت خود را بازیابد یا زندگی خیلی طولانی داشته باشد. همچنین معتقدند که زندگی وی اگر طولانی هم شود کیفیت خیلی پایینی دارد. بر این اساس پزشکان ممکن است پایان دادن به مداخلات را به جهت بی‌فایده بودن آنها توصیه کنند اما از لحاظ اخلاقی اختیاری برای تعریف منافع بیمار ندارند و تشخیص فایده ادامه حیات حتی بدون هوشیاری برای بیمار موضوعی است که به بیمار و خانواده وی مربوط می‌شود. برخی ویژگی‌های زمینه‌ای مانند کمیاب بودن منابع، ممکن است به این مورد مربوط شود. افرادی که احتمال بی‌فایده بودن اقدامات را مطرح می‌کنند در حقیقت برای حل اختلاف نظر بین پزشکان و خانواده بیمار تلاش می‌کنند.

اما سؤالی که مطرح می‌شود این است که برای حل این مناقشه یعنی «بی‌فایده بودن» اقدامات پزشکی چه فرایندی را باید پیش گرفت؟ برای این منظور مراکز درمانی باید سیاستی را اتخاذ نمایند تا مانع از این شوند که پزشکان به تنهایی تصمیم‌گیری نمایند و نیز باید نیاز به شواهد تجربی معتبر و مشاوره با کارشناسان و کمیته‌های اخلاقی را مورد تأکید قرار دهند. به علاوه، فضایی را برای بحث و تبادل نظر در این زمینه‌ها ایجاد نمایند و بعد از اینکه تلاش‌های کافی برای حل اختلافات به نتیجه نرسید، موضوع را به دادگاه واگذار نمایند.

پیشنهاد: علیرغم بحث‌های مداوم درباره مفهوم واژه «بی‌فایده بودن» اقدامات، استعمال این واژه در اخلاق پزشکی مفید است، زیرا ضرورت تصمیم‌گیری درباره درمان‌هایی را که سؤال برانگیز هستند، مورد تأکید قرار می‌دهد و با دعوت از پزشکان و خانواده‌ها برای تمرکز روی آنچه که واقعاً می‌توان برای بیماری که

تحت شرایط خاص قرار دارد انجام داد، خوش بینی بیش از حد نسبت به برخی اقدامات پزشکی را یادآور می‌شود. همچنین فرصتی را برای بحث و تبادل نظر صادقانه با بیماران و خانواده آنها درباره مراقبت مناسب فراهم می‌آورد و می‌کوشد تا ادبیات دقیق درباره مؤثر بودن درمان پیشنهادی در وضعیت‌های خاص را جستجو کند.

د) مسئله اخلاقی مهم این است که آیا احتمال «بیهوده بودن» باید به عنوان هنجار واقعی تلقی شود تا به پزشکان اجازه داده شود که یک جانبه تصمیم‌گیری نمایند و به اولویت‌های بیمار و خانواده وی توجهی نداشته باشند. به نظر ما «بیهودگی» فیزیولوژیکی هنجاری اساسی است که تصمیم برای اجتناب از مداخلات حیات بخش مستمر را توجیه می‌کند. با این وجود این واژه به عنوان یک هنجار رویکردی باید از بحث‌های شفاف بین پزشکان، بیماران و خانواده‌ها درباره مناسب بودن درمان ادامه حمایت کند. شواهد بالینی که از «بیهوده بودن» برخی اقدامات پزشکی حمایت می‌کنند، اغلب قانع کننده هستند، اما گاهی نیز بحث برانگیزند و به گونه‌ای خوشایند این نکته را مورد تأکید قرار می‌دهند که باید به دیگر موارد نیز توجه داشت. مثلاً اولویت‌های بیمار یا اولیای قانونی وی و یا کیفیت زندگی. پزشکان هرگز به احتمال «بیهوده بودن» مداخلات متوسل نمی‌شوند، مگر در مفهوم فیزیولوژیکی آن و آن هم برای توجیه تصمیم‌گیری‌های یک جانبه یا اجتناب از گفتگوهای سخت با بیمار یا خانواده وی. این نظر پزشک که «درمان بیشتر احتمالاً بی‌فایده خواهد بود» این نتیجه‌گیری را به دنبال ندارد که درمان باید متوقف شود، در عوض خاطرنشان می‌سازد که تبادل نظر با بیمار و خانواده وی ضروری است. زمانی که مشکل واقعی، ناکامی در موردی سخت یا بازتاب ارزیابی منفی پزشک از کیفیت زندگی آینده بیمار است، به «بیهوده بودن» مداخلات هرگز نباید متوسل شد. همچنین ادعای «بی‌فایده بودن» به خودی

خود مقررات یا دستورالعمل‌های مربوطه را برای اجتناب از ارائه مراقبت‌ها توجیه نمی‌کند. بالاخره اینکه حتی وقتی واقعیت‌ها «بیهوده بودن» فیزیولوژیکی یا احتمالی را تأیید می‌کنند ممکن است اجتناب از کلمه «بیهودگی» در بحث با بیماران یا خانواده وی عاقلانه باشد. بسیاری از افراد ممکن است این کلمه را این گونه تفسیر کنند که پزشک بیمار را ترک می‌کند یا بیمار برای پزشک آن اندازه مهم نیست که به او توجه کند. اما به نظر ما «بیهوده بودن» اقدامات پزشکی بهتر است در چارچوب اصل «احتمالات» باشد؛ یعنی عدم توازن بین منافع قابل انتظار و مشکلات تحمیل شده از طریق ادامه دادن به مداخلات.

#### د- بیماری‌های پیشرفته و مهلک

برخی بیماری‌ها به دنبال یک دوره تدریجی و گاهی پنهان اختلال در فرایندهای فیزیولوژیکی بدن ظاهر می‌شوند. چنین بیمارانی ممکن است علائم پیاپی یا متناوب و با شدت‌های مختلفی داشته باشند. در نتیجه خود بیماری یا برخی اختلالات همراه آن موجب مرگ بیمار می‌شود. خانم کایر مبین ویژگی‌های این وضعیت است. مشکلات عصبی پیشرفته از جمله؛ انقباض عضلانی، کم تحرکی، مثانه نوروژنیک، نارسایی تنفسی و معمولاً اختلال مشاعر از عوارض غیر قابل درمان این بیماری است. اما برخی مداخلات مثل درمان عفونت علائم بیماری را کاهش می‌دهد، سطح عملکرد بیمار را بهبود می‌بخشد و زندگی را طولانی‌تر می‌کند.

مورد: خانم کایر در اولین دهه بعد از تشخیص بیماری MS روحیه بالایی داشت. با وجودی که دوست نداشت درباره بیماریش صحبت کند، اما به نظر می‌رسید که این وضعیت پیشرفته و مهلک را درک کرده است. در سال‌های اخیر علیرغم این که بیماری وی تا حدی کنترل شده بود، دچار افسردگی شدیدی شد.



چندین دوره داروهای ضد افسردگی را مصرف کرد، اما این داروها تأثیری در بهبودی وضعیت روانی او نداشت. در نهایت عفونت شدید دستگاه ادراری و عفونت تنفسی عاملی شد که علیرغم میل باطنی به درمان رضایت دهد.

**پیشنهاد:** بیمارانی که در این وضعیت به سر می‌برند، اگرچه از بیماری لاعلاج رنج می‌برند، اما بیماران مراحل پایانی نیستند. ممکن است این بیماران دوره‌های حاد و سخت بیماری را تجربه کنند، اما اگر تحت درمان قرار نگیرند، منجر به مرگ آنها می‌شود. اگر درمان با موفقیت همراه باشد، بیمار به وضعیت عادی برمی‌گردد. به عبارتی بیمار در هر دوره‌ای به طور بالقوه در مرحله پایانی است. در مورد چنین بیمارانی ممکن است این دوره‌ها فرصتی برای پایان دادن به بیماری پیشرفته آنها باشد. این سخن حکیمانه را به یاد داشته باشید که «پنومونی دوست انسان مسن است». در چنین وضعیتی، بررسی دقیق علائم پزشکی ضروری است. زیرا پیش آگهی بیمار با درمان یا بدون درمان، باید کاملاً درک شود، اگرچه سؤالات مهم‌تر به اولویت‌های بیمار و کیفیت زندگی او مربوط است.

#### ۵- تصمیم‌گیری برای خودداری از درمان کودکان

در مورد خردسالان و کودکان همانند بزرگسالان برای تعیین نوع مراقبت، هنگامی که احتمال مرگ وجود دارد، توصیه‌هایی می‌شود. اگرچه از نظر روان‌شناسی و عاطفی پذیرش مرگ یک نوزاد یا یک کودک سخت است، اما پزشکان باید این نکته را یادآور شوند که برخی اقدامات پزشکی نباید انجام شود، زیرا بی‌فایده بوده و هیچ اثربخشی ندارد، به علاوه گاهی با منافع کودک بیمار هم منافات دارد. تمام شواهدی که در مورد مفهوم «بیپوده بودن» مداخلات قبلاً ذکر شد باید در مورد کودکان بیمار هم مورد توجه قرار گیرد. لذا استفاده از واژه «بیپودگی» به هنگام بحث و تبادل نظر با والدین کودکان بیمار مناسب است. اما

باید توجه داشت که برنامه ریزی برای بحث و گفتگو در راستای اصول مناسب کاری عاقلانه است.

مورد اول: جنینی در بیست و یکمین هفته از بارداری در حالی که ۳۵۰ گرم وزن دارد، به دلیل کمبود اکسیژن به طور خود به خودی سقط می‌شود.

مورد دوم: پسر بچه چهار ساله‌ای به نام جیسون<sup>۱</sup> که تقریباً دو ساعت از خانه اش دور بود، سرانجام در اعماق یک استخر آب گرم پیدا شد، در حالی که بدنش شل، کبود و سرد بود. پدرش تنفس مصنوعی دهان به دهان را شروع کرد و تیم اورژانس<sup>۲</sup> هشت دقیقه بعد رسید. به هنگام انتقال جیسون به بخش مراقبت‌های ویژه، CPR برای بیست و شش دقیقه و دو دز اپینفرین برای تحریک پاسخ فیزیولوژیکی تجویز شد، در حالی که دمای بدن جیسون ۳۵ درجه بود.

مورد سوم: کری<sup>۳</sup> در هفته بیست و سوم بارداری با وزن ۵۹۰ گرم متولد شد. در اتاق زایمان به انتوباسیون و ونتیلاسیون نیاز داشت، زیرا میزان آپگر<sup>۴</sup>، در یک دقیقه، دو و در پنج دقیقه، ۵ بود. کری دچار دیسترس تنفسی بود و اقدامات برای کاهش سطح مایعات ریه آغاز شد. ابتدا ۸۰٪ اکسیژن با فشار بالا وارد شد و تا ۳۰٪ کمبود اکسیژن جبران گشت. به نظر می‌رسید ملاج قدامی کری سفت است. سونوگرافی از سر، خونریزی مغزی دو طرفه درجه چهار را با تومور مغزی نشان می‌داد. در پنجمین روز از زندگی، کری برای برداشتن روده کوچک نکروتیک از پیلور تا کولون بزرگ تحت عمل جراحی قرار گرفت و سپس کاندید سپسید شد.

- 
- 1- Jason
  - 2- Emergency medical service (EMS)
  - 3- Kerry
  - 4- Apgar

مورد چهارم: امی<sup>۱</sup> در سن هشت سالگی مبتلا به سرطان خون<sup>۲</sup> احاد شد و شش ماه بعد از دریافت شیمی درمانی بیماری او تسکین یافت، ولی سه ماه بعد دوباره بیماری او عود کرد و تحت عمل پیوند مغز استخوان با خواهر هفده ساله‌اش به عنوان یک دهنده مناسب قرار گرفت. بعد از چند ماه سرطان امی برگشت. والدین او درخواست شیمی درمانی بیشتری را داشتند، اگرچه تومور شناسان موفقیت این اقدام را بعید می‌دانستند. علیرغم یک دوره دیگر شیمی درمانی بیماری امی پیشرفت کرد و بعد از دو ماه درمان سخت، امی بسیار ناامید شد. اما والدین و خواهرش او را برای ادامه درمان مجبور کردند. امی که اکنون ده ساله است این سؤال را می‌پرسد که «چرا مجبور است به درمان ادامه بدهد؟» در این زمینه پزشکان باید توصیه‌های لازم را ارائه دهند.

پیشنهاد: در این چهار مورد قضاوت در مورد این که اقدامات پزشکی برای برگرداندن عملکرد اندام‌ها، نمی‌تواند مثمر ثمر باشد و شخص را به فعالیت مستقل برگرداند، کاری عاقلانه است. در مورد اول باید گفت هیچ نوزادی با این وزن و این سن شناخته نشده است که تحت مراقبت‌های پزشکی امکان بقا داشته باشد. اگرچه این مورد ممکن است «بی‌فایده بودن» اقدامات پزشکی را مطرح کند، اما به احتمال بیشتر مبین ناتوانی فیزیولوژیکی شش‌های نابالغ برای عملکرد درست و بنابراین «بیپهودگی» فیزیولوژیکی است. در مورد دوم می‌توان تلاش‌های حیات بخش را به خاطر احتمال «بی‌فایده بودن» آن‌ها قطع کرد. اطلاعات اخیر حاکی از این است که ناکامی برای رسیدن به پاسخ فیزیولوژیکی بعد از بیش از بیست دقیقه از تلاش‌های خوب و حیات بخش و دو دوره اپینفرین با وجود دمای طبیعی بدن پایان دادن به مداخلات را توجیه می‌کند. به فرض محال اگر مداخلات

---

1- Amy

2- Acute myelogenous leukemia



موفق هم باشد، احتمالاً جیسون با آسیب مغزی مواجه می‌شود که به شدت کیفیت زندگی آینده او را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در مورد سوم بیماری ریوی کری تا حدی با کاهش سطح مایعات ریه پیشرفت کرده است و ممکن است حتی با قطع حمایت‌های تنفسی بدتر هم بشود. عملکرد سیستم عصبی و گوارشی تا حدی مختل شده و عدم جراحی کامل روده کوچک امکان بقا و زندگی طولانی نوزاد را بسیار به خطر می‌اندازد و احتمال این که بیمار جان سالم بدر برد، به خاطر وجود عفونت بعید است. بنابراین با وجود پیچیدگی مشکلات، ارزیابی کلی از احتمال «بی‌فایده بودن» اقدامات پزشکی منطقی است. در مورد چهارم می‌توان گفت با ادامه درمان کمترین احتمال برای تسکین و نه معالجه بیماری وجود دارد. بنابراین توصیه پزشکان برای شروع شیمی درمانی قابل توجیه است. اما باید به خواسته بیمار نیز احترام گذاشته شود.

توصیه: در تمام این موارد قضاوت منطقی در خصوص «بیهودگی فیزیولوژیکی» یا «احتمال بیهوده بودن» درمان وجود دارد. چنین قضاوت‌هایی توجیه درستی برای تصمیم به قطع مداخلات پزشکی است. در چنین مواردی پزشکان بهتر است پیشنهاد کنند که هیچ درمان غیر مؤثری قطع یا حذف نشود. اما چنین توصیه‌هایی از جانب پزشک باید با حساسیت زیاد بیان شود. زیرا والدین اغلب واقعیت اجتناب ناپذیر مرگ فرزندانشان را نمی‌پذیرند.

مورد پنجم: پاتریک در سی و پنجمین هفته از بارداری در یک زایمان زود هنگام به وسیله پلی هیدرامین<sup>۱</sup> به دنیا آمد. سونوگرافی که در هفته ۲۲ بارداری از مادر به عمل آمده بود، حاکی از وجود منفذ غیرطبیعی در سمت چپ دیافراگم بود. بنابراین نوزاد بعد از تولد به علت شروع سریع سیانوز و دیسترس تنفسی بلافاصله تحت مراقبت‌های ویژه قرار گرفت. علیرغم فشار بالای ونتیلاتور و

1- polyhydraminos

اکسیژن ۱۰۰٪ اکسیژن شریانی پاتریک هرگز به بالای ۶۰ میلیمتر جیوه و دی اکسید کربن هم به زیر ۵۰ میلیمتر جیوه نرسید. زیرا اکسید نیتروژن استنشاق شده و تنفس سریع مانع از اکسیداسیون و تنفس عادی نوزاد می‌شد. رادیوگرافی از قفسه سینه نشان داد که پاتریک فتق بزرگی دارد که معده، روده و کبد را در سمت چپ سینه تحت تأثیر قرار داده است. همچنین به نظر می‌رسید شش سمت راست نوزاد هنوز کاملاً تکامل نیافته است. بنابراین پزشکان متخصص نوزاد، اکسیژناسیون غشایی خارج تنه‌ای<sup>۱</sup> را پیشنهاد دادند.

**پیشنهاد:** اکسیژناسیون غشایی خارج تنه‌ای به عنوان روشی برای درمان فشار خون ریوی شدید مورد استفاده قرار می‌گیرد و از طریق آن خون به خارج از بدن منتقل می‌شود و اکسیژناسیون و تنفس نوزاد به هنگام استراحت عروق شش‌ها تأمین می‌شود. این روش باعث بقای نوزادان می‌شود. اما در فتق دیافراگم، شش‌ها کاملاً شکل نگرفته‌اند و بنابراین اکسیژناسیون طبیعی و تنفس حتی با اکسیژناسیون غشایی خارج تنه‌ای ممکن است به خوبی انجام نگیرد. با وجود اینکه هنوز هیچ کس نتوانسته مؤثر یا بی‌تأثیر بودن این روش را برای نوزادان تشخیص دهد، اما به نظر می‌رسد زایمان پیش از موقع سن بارداری در تشخیص و اندازه شش‌های تکامل نیافته مهم است. در مورد پاتریک قضاوت در خصوص بی‌فایده بودن مداخلات منطقی است. در مواردی این چنین برای پزشکان و خانواده نوزاد از نظر احساسی تشخیص «بی‌فایده بودن» مداخلات سخت است، زیرا به نظر می‌رسد تکنولوژی از تلاش‌های بیهوده در رویارویی با مرگ حمایت می‌کند.

**مورد ششم:** سونوگرافی از یک جنین ۲۴ هفته‌ای، فتق دیافراگمی شدیدی را نشان می‌داد. بیشتر احشاء شکم در سمت چپ سینه بیرون زدگی غیر طبیعی داشتند و تقریباً هیچ کدام از شش‌ها قابل رؤیت نبودند. بر این اساس تصور می‌شد

1- Extracorporeal membrane oxygenation (ECMO)

که نوزاد بافتق دیافراگمی شدید قادر به زندگی پس از تولد نباشد. در اینجا چهار راهکار وجود دارد:

- ۱- پایان دادن به بارداری.
- ۲- عدم ارائه مراقبت‌های حمایتی بعد از تولد که منجر به مرگ نوزاد می‌شود.
- ۳- درمان بعد از تولد که شامل حمایت‌های تنفسی، اکسیژناسیون غشایی خارج تنه‌ای و عمل جراحی است.
- ۴- جراحی فوری جنین.

در تمام این احتمالات درمان بعد از تولد جنین احتمالاً بی‌فایده است، زیرا نوزاد متولد شده تقریباً هیچ شانس برای تنفس نخواهد داشت. جراحی مؤثرترین راهکار است، اما تجربی است و باید تنها در راستای ضوابط تحقیقات بالینی انجام شود.<sup>۱</sup>

### گفتار سوم - دستوراتی برای عدم احیای بزرگسالان

یک شکل از مداخلات پزشکی به نام احیای قلبی - ریوی<sup>۲</sup> توجه دقیق به علائم بیمار برای شروع اقدامات لازم را می‌طلبد. احیای قلبی - ریوی یک سری تکنیک‌هایی است برای برگرداندن جریان خون و تنفس در سکتة قلبی حاد یا ایست قلبی - ریوی. شایع‌ترین دلایل سکتة قلبی عبارت است از:

- ۱- آریتمی قلبی.
- ۲- نارسایی حاد تنفسی.

1- Chosen R, Kim E. the extremely premature infant at the crossroads, PP 34-36; Whitney SN; The extremely premature infant at the crossroads; ethical and legal considerations, PP 37-52 part II: Medical futility, PP 89-134; in frankel LR, Goldworth A, Rorty MV, Silverman WA, eds. Ethical Dilemmas in pediatrics. Cambridge: University press. 2005.  
2- CPR