



فصل سی و ہفتم

فوریتها و فجایع



مثال اول

• در اکتبر سال ۲۰۰۱ در پی کشف چندین مرسوله‌ی پستی حاوی آنتراکس (باسیل مولد سیاه زخم) اضطراب ایالات متحده را فرا گرفت. افراد شاغل در مراکزی که مرسوله‌های حاوی آنتراکس دریافت کرده بودند، گاهی در جوامع خودشان انگ‌شتما (دچار انگ اجتماعی) شده بودند. برخی از کارکنان شرکت مدیا که مقصد اولین مرسوله‌های آلوده بود، به‌نحو مضاعفی قربانی شده بودند. علاوه بر مشکلات جسمانی، به‌واسطه‌ی مواجهه‌ی احتمالی با آنتراکس، ایشان از انگ اجتماعی نیز رنج می‌بردند: از سوی پزشکانی که از ارائه‌ی مراقبت به ایشان خودداری می‌کردند، از سوی مدارس که فرزندان‌شان را به خانه فرستاده بودند، و از سوی کارفرمایانی که از دادن شغل دوم به ایشان سر باز می‌زدند. حتی برخی از کارکنان این شرکت که به‌عنوان شغل دوم به نظافت خانه‌های مردم اشتغال داشتند، دیگر به آن خانه‌ها راه داده نشدند.



مثال دوم



• حدود ساعت ۹:۵۰ بود که ناگهان صدای مهیبی به گوشمان رسید و همه جا غبارآلود شد. برخی از همکاران من حسابی وحشتزده شده بودند. ما میتوانستیم دود سفید و بارانی از ذرات ریز به هوا پرتاب شده را ببینیم که بر روی میدان میریخت. زنگهای خطر آتشسوزی به فریاد درآمده بودند. اگرچه پرسنل عادی ساختمان را ترک کردند، دکترها باقی ماندند.... بعد از چند دقیقه، ما کورمال کورمال راه خود را به جلوی ساختمان پیدا کردیم و به پایین که نگاه کردیم، اتوبوس منهدم شده را دیدیم.... من چند دستکش جراحی و کارت هویت خودم را به عنوان پزشک خدمات آمبولانسی برداشتم.... وقتی به طبقه پایین رسیدم، به معاون رئیس شورای BMA برخوردیم.... او که از تجربیات من در مورد مراقبتهای اورژانسی پیش بیمارستانی آگاهی داشت، از من خواست که هدایت عملیات بالینی را بر عهده بگیرم.... آنچه من داشتم عبارت بود از یک ساختمان که در برابر ضربه مستقیمی که به آن وارد آمده بود آسیب پذیر بود و ۱۴ پزشک که اغلب آنها پزشکان عمومی باتجربه و قدری آموزش دیده درباره ی طب اورژانس بودند. اما ما نه تجهیزات داشتیم، نه وسایل ارتباطی، و نه لباسهای محافظ شخصی. مجهز به هیچ، ما باید سعی میکردیم که شانس بقای جان به در بردگان را به حداکثر برسانیم. من به مدت ۲۰ سال برای چنین وضعیتی آموزش و تجربه کسب کرده بودم، اما با این فرض که در چنین شرایطی من بخشی از تیم امداد و نجات خواهم بود که لباس و تجهیزات مناسب را دارم و با برنامه ریزی دقیق حرکت میکنم. اما حالا یک پیراهن و شلوار عادی تن داشتم و حتی خودکار و کاغذ هم در اختیارم نبود در واقع، من از نظر فنی یک قربانی مجروح شده بودم. تنها چیزی که داشتم عبارت بود از کارت هویت، دستکشهای جراحی، و توقع همکارانم که من رهبری آنها را

در این بحران برعهده بگیرم



فوریتها و فجایع چیست؟





• در اغلب اوقات، بالینگران در محیطی سازمان یافته به کار میپردازند و غالباً با دیگر بالینگران و نهادهای همکاری میکنند
• بالینگران، همانند دیگر اجزای جمعیت، ممکن است به ناگهان با جهانی برهم ریخته روبه‌رو شوند و این هنگامی است که فجایع طبیعی، اپیدمی‌ها، یا حملات تروریستی رخ مینمایانند

• پیش‌فرضهای اخلاقی و عملکردهای پزشکی استاندارد ممکن است دیگر به کار نیایند. هم تعادل فردی و هم تعادل حرفه‌ای در مخاطره قرار میگیرد

• در حالت عادی، بالینگران با وضعیتهایی که از نظر اخلاقی مبهم باشند رویارو نمیشوند و اگر بشوند، معمولاً مهارت و تجربه‌ی خودشان برای مواجهه با آن کافی است

• در جریان یک فاجعه، بالینگران از خود میپرسند: (اکنون چگونه تعارضهای اخلاقی را که پیش رویم است، حل کنم؟) و این در حالی است که با نیازهای بیماران مستاصل خود و تعهدات حرفهای خود دست و پنجه نرم میکنند. در چنین شرایطی، نیازها شخص بیمار غالباً با نیازهای جامعه در تعارض میافتد و تعارضات اخلاقی در تمامی مراحل پاسخدهی به فاجعه بروز میکنند.

• آموزشهای پیش از وقوع فاجعه و آماده سازی‌های پزشکی فوریتی (Emergency) باید شامل برنامه‌ریزی و آماده‌سازی برای تصمیم‌گیری درست اخلاقی در زمان بحران باشند

• سازمانهای ملی و بین‌المللی مرتبط با سلامت توصیه‌هایی را برای برنامه‌های آماده‌سازی جهت شرایط فوریتی تدوین کرده‌اند. این برنامه‌ها غالباً شامل مراحل تخفیف آسیبها، آمادگی، پاسخ و بهبود میباشند و تمرینات مکرر را برای نیروهای واکنش‌دهنده الزام میکنند



مشکلات برقراری
برنامه موثر واکنش
به فاجعه



• مشکلات جدی بسیاری در برقرارسازی یک برنامه‌ی مؤثر واکنش به فاجعه وجود دارد.

• حوادث بزرگ، به‌ویژه در بیوتروریسم افزایش ناگهانی تقاضا جهت منابع پزشکی نظیر تخت‌های بیمارستانی، تجهیزات مراقبت‌های حاد، داروها، پادزهرها، پرسنل، اتاق‌های ایزوله، و پرسنل پیراپزشکی آموزش‌دیده می‌شود که ممکن است در دسترس نباشند.

• در چنین شرایطی، ظرفیت افزایش خدمت‌رسانی یا توانایی بخش اورژانس در ادارهی افزایش غیرمنتظره‌ی حجم بیماران ناکافی خواهد بود، زیرا بخش از انبوه بیماران پر شده است و عده‌ی زیادی هم معطل‌اند تا برایشان در بیمارستان‌های دیگری پذیرش گرفته شود، حال آنکه آن بیمارستان‌ها هم به همین اندازه دچار انبوهی مراجعان شده‌اند.

• کمبود پرستاران و پرسنل پیراپزشکی باعث می‌شود که — حتی در زمان‌های عادی — افزودن تعداد تخت‌ها جهت کاستن از ازدحام و افزایش دسترسی به مراقبت غیرممکن باشد. به‌علاوه، ممکن است که سیستم‌های ارتباطی از کار افتاده باشند که این خود بر سردرگمی پرسنل می‌افزاید و پیدا کردن راهی برای کاستن از اضطراب و هرج و مرج و برقراری دوباره‌ی نظم را — که کاری ضروری است — مشکل‌تر می‌سازد.

• واکنش به فجایع و فوریت‌ها هزینه‌ی مالی سنگینی را به جوامع تحمیل می‌کند. هم‌اکنون هم بسیاری از مراکز پزشکی از ثبات مالی برخوردار نیستند و در صورت وقوع بحران یا در مرحله‌ی بهبود (نقا‌هت) بعد از وقوع یک فاجعه، برای برقرار نگاه داشتن تلاش‌هایشان برای واکنش به بحران، وابسته به کمک‌های ایالتی، فدرال، یا بین‌المللی خواهند بود. در مرحله‌ی حاد واکنش به بحران، پرسش‌های مربوط به تخصیص منابع و تریاژ، چالشی برای رهبران محلی و بالینگران خواهد بود زیرا بیمارستان‌ها معمولاً داروها و تجهیزات ذخیره شده‌ی محدودی برای چنین شرایطی در اختیار دارند.



• مقولات اخلاقی مهمی در زمان وقوع فجایع رخ مینمایانند، شامل :

تربیت، دسترسی به مراقبت و دیگر مقولات مرتبط با عدالت، حریم خصوصی و رازداری، تعهد حرفه‌ای نسبت به درمان، قرنطینه و تاثیر آن بر اتونومی بیماران، آزادی فردی و حق فرد در اجتناب از پذیرش درمان طبی، و شفافیت در برنامه‌ریزی مرتبط با سلامت عمومی.

چرا آمادگی برای فوریت و فاجعه دارای اهمیت است؟



• برنامه‌ریزی برای تشکیل تیم واکنشی موفق، هماهنگ، رده‌بندی شده، و انعطاف‌پذیر جهت تضمین دسترسی تمامی شهروندان به مراقبت، امری ضروری است

• کارکنان بیمارستان و بالینگران تجربیات اندکی از کار با گروه‌های بسیار متعددی دارند که در حین یک بحران باید با آنها به تشریک مساعی بپردازند. با وقوع بحران، مجریان قانون، نظامیان، مسؤولان سلامت عمومی، کارکنان آماده‌سازی برای فوریتها، رهبران جوامع، و سیاستمداران به بالینگران ملحق میشوند.

• ایجاد محملی برای تبادل نظرات و آرا که در آن افراد جامعه درباره‌ی ملاحظات بالینی (نظیر نیاز به قرنطینه) آموزش بگیرند و بالینگران درباره‌ی دغدغه‌های جامعه (نظیر ترس از دست دادن اختیارشان در تصمیمگیری‌ها) آگاه شوند، دارای اهمیت است زیرا موجب میشود که واکنش شفاف و توأم با همکاری به فاجعه سامان بگیرد

• برگزاری چنین برنامه‌هایی از پیش، به بالینگران و شهروندان کمک میکند تا احساس آسیب‌پذیری خود را محک بزنند، خطرات پیش رو را درک کنند، و ارزشها و نقاط قوت خود را بازشناسی کنند

• در زمان وقوع بحران، معمولاً تامین زمان و منابع برای شناسایی، تأمل و پردازش این مقولات غیرممکن است



تخصیص منابع و دسترسی به مراقبت

- برخلاف بالینگران شاغل در بخش سلامت عمومی، بالینگران شاغل به طبابت کمتر با مقولات مرتبط با سیاستگذاری و مسائل در سطح جامعه سروکار پیدا میکنند و معمولاً مجبور نمیشوند که بین بیماران خود انتخاب کنند یا تصمیم بگیرند که کدام منابع باید به کدام بیمار و برای چه مقصودی اختصاص داده شود
- تصمیم‌گیری در مورد اختصاص منابعی که کمتر از حد نیاز در بالین بیمار موجودند، در شرایط طبیعی هم از حیث اخلاقی پرمسأله است و احتمالاً باعث خدشه‌دار شدن تعهد پزشک نسبت به در نظر گرفتن بهترین منافع برای سلامت بیمار خودش میشود.
- در شرایط وقوع فاجعه اما بالینگران مجبور میشوند که با تصمیم‌گیری‌های دشوار در مورد تخصیص منابع دست و پنجه نرم کنند.
- به عنوان بخشی از برنامه‌ریزی برای فوریتهای و فجایع، مسؤولان بخش سلامت متعهدند که مرگ و بیماری را در تمامی جمعیتها به حداقل برسانند
- چه مؤثر باشد یا نه و چه واقعبینانه باشد یا نه، بازگرداندن سلامت جمعیتها وجوامع و تنها بهطور ثانویه، اشخاص، دغدغهی اصلی در پاسخ به فجایع است
- افراد فقیر یا فاقد بیمه ممکن است نسبت به جستوجوی مراقبت کاهل باشند و اهداف آسیب‌پذیرتری را برای حملات بیوتروریسم یا فجایع تشکیل دهند. در صورت عدم مراجعه‌ی این افراد یا مراجعه‌ی دیر هنگامشان برای دریافت مراقبت، تلاشها برای کنترل موارد شیوع بیماریهای واگیر ناموفق خواهند ماند

تریاز



• تعریف: فرایند اولویت‌بندی افراد بیمار یا مجروح برای درمان، بر اساس وخامت آسیب وارده به ایشان

• در شرایط بحران به تصمیم‌گیری فوری نیاز هست، آن هم در شرایطی که هیچ چیز به‌روشنی و قطعیت معلوم نیست. این تصمیمات حتماً زندگی‌هایی را در معرض خطر قرار می‌دهند. بالینگران و همکارانشان باید از حیث اخلاقی و عاطفی آماده باشند تا کارها و تصمیمگیری‌هایی را انجام دهند که در حالت عادی به فکر کسی هم نمی‌رسد

• کارگروه "مراقبت بحرانی در فوریت‌های بزرگ" توصیه کرده است که تنها مداخلاتی به‌کار گرفته شوند که مشخص است که میزان بقا را افزایش می‌دهند و بدون آنها احتمال مرگ زیاد است، بسیار پرهزینه نیستند، و بدون استفاده از حجم زیادی از پرسنل و منابع بیمارستانی قابل انجام‌اند. این دستورالعمل‌ها همچنین باید برای بیمارانی که از قبل در حال دریافت مراقبت در بخش مراقبت‌های ویژه بوده‌اند و جزو مصدومان حادثه نیستند به‌کار رود.

• کارکنان اورژانس و ارائه‌دهندگان مراقبت، حتی اگر بدون علامت باشند، احتمالاً باید در دریافت مراقبت پزشکی و پیشگیری در اولویت قرار بگیرند تا تعداد بالینگران در دسترس کاهش نیابد. ولیکن باید نهایت تلاش صورت گیرد تا اطمینان حاصل آید که ارزیابی‌ها و درمان‌ها تبعیض‌آمیز نباشند

• بالینگران در شرایط معمولی تعادلی میان تعهدات متعارض خود نسبت به خودشان، خانواده‌شان، بیمارانشان، و جامعه برقرار مینمایند. اما هنگامی که به ناگهان با خطرات وخیمی برای خودشان و خانواده‌شان مواجه میشوند، چه بسا که برقرار کردن آن تعادل معمول، برایشان ممکن نباشد

قرنطینه



- ممکن است که لازم شود بالینگران به قراردادادن تمامی جمع در قرنطینه کمک کنند. وقتی شرایط پیچیده‌تر میشود که این جمعیتها از افرادی تشکیل شده باشند که به هر دلیل اعتمادی به مقامات و مسؤولان از جمله متصدیان امور پزشکی ندارند.
- برقراری ارتباط شفاف، قابل درک و راستگویانه درباره‌ی احتمال برقرارسازی قرنطینه در صورت شیوع بیماری مسری یا وقوع عملیات بیوتروریسم، ممکن است تا حدی موجب پیشگیری از عدم اعتماد عمومی شود.
- در این شرایط، مردم وحشتزده و مستاصل درست نمیدانند که چه اتفاقی برایشان افتاده است و درک نمیکنند که چرا از ایشان خواسته میشود که برای مدتی از آزادی، حریم خصوصی و راحتی خود صرف‌نظر کنند. همچنین، قرنطینه ممکن است باعث شود که برخی از افراد کار خود را از دست بدهند و زیان مالی قابل توجهی ببینند. جداسازی گروه‌های مردم از یکدیگر در جریان بحران یا اپیدمی ممکن است خود به افزایش سردرگمی و بی‌اعتمادی میان مردم و مسؤولان منجر شود
- در طی قرنطینه، نگرانی‌هایی از این دست درباره‌ی احترام به تمامیت بدنی، حق داشتن حریم خصوصی، تعهد به عدالت توزیعی و فرایندی، و حق مردم بر کنترل اموال و احوال خود بروز پیدا میکند.



در حین تریاژ و قرنطینه، یک جابهجایی ضروری در تعهد بالینگران باید ایجاد شود: از (تعهد به در نظر گرفتن بهترین نفع بیمار منفرد خود) به (تعهد به کمینه کردن رنج برای تعداد هرچه بیشتری از بیماران به روشی منصفانه و عادلانه)

سایر مقولات اخلاقی



• وجود تمهیداتی برای کمک به رویارویی با دغدغه‌های جدی اخلاقی که رخ مینمایانند، به همان اندازه‌ی وجود الگوریتم‌های پزشکی برای درمان مواجهه‌ی مردم ضروری است

• اخلاق نقش ویژه‌ی خود را برای ایفا دارد: روشن کردن اینکه بالینگران در شرایطی که در آن قرار گرفته‌اند چه کاری را باید و چه کاری را نباید انجام دهند



چه رویکردی باید در عمل به فوریتها و فجایع داشته باشیم

• آماده‌سازی برای تصمیم‌گیری اخلاقی در بحران باید بخشی از آموزش‌های مقابله با فجایع باشد
• به‌طور خلاصه، این آموزش باید شامل این موارد باشد: چگونه مقولات اخلاقی را شناسایی کنیم؟ چگونه با این مقولات مواجه شویم؟ و چگونه آنها را ارزیابی کنیم تا عملکرد اخلاقی آتی را ارتقا بخشیم؟

• در تصمیم‌گیری اخلاقی باید رویکردی بین‌رشته‌ای را اتخاذ کرد. (Interdisciplinary)

• فرد باید با اصول بنیادین تصمیم‌گیری در اخلاق زیستی آشنا باشد. بررسی دیدگاه‌های مختلف اخلاقی نظیر دیدگاه مبتنی بر حقوق، عدالت توزیعی، پیامدها، و ایده‌آل‌های جهانی می‌تواند به استدلال اخلاقی فرد در شرایط مواجهه با تضاد میان آزادی‌های فردی و منافع عمومی کمک کند

• اصل پیش‌بینی و پیش‌آگهی (Precautionary principle) چارچوبی عالی را برای تصمیم‌گیری اخلاقی موجه به‌دست می‌دهد. بر اساس این اصل، این موارد الزامی‌اند: شفافیت برنامه‌ها و اقدامات، در نظر گرفتن تمامی جمعیت‌های آسیب‌دیده در تصمیم‌گیری‌ها، تعهد به پاسخگویی، و آگاهی‌بخشی از اینکه در شرایطی که خطری جدی برای سلامت عمومی وجود دارد، حتی علیرغم عدم قطعیت، لازم است اقدام – حتی اقدام توأم با اجبار – صورت گیرد

• در شرایط بحران، شناسایی زودهنگام نشانه‌های بروز تنش اخلاقی دارای اهمیت است. برای مثال، احساس افزایش نارضایتی یا بی‌میلی نسبت به گفتگوی باز درباره‌ی یک وضعیت، حاکی از آن می‌تواند باشد که معضلی اخلاقی در رابطه با آن وضعیت وجود دارد
• در صورت امکان، مشاوره با تیمی چندرشته‌ای یا متخصص اخلاق زیستی آموزش‌دیده در تحلیل اخلاقی، توصیه می‌شود.



• یکی از تنش‌های بارز در شرایط بحران میان **حقوق فردی و مصالح عمومی** است. هرگاه که آزادی فردی، آزادی گردهم‌آیی و آزادی حرکت محدود میشود، به احتمال زیاد مسائل اخلاقی رخ مینمایانند. دیوان عالی ایالات متحده در سال ۱۹۰۵ حکم داد که: در رابطه با هر اقدام اجباری در سلامت عمومی باید نشان داده شده باشد که آن اقدام اثربخش، ضروری، با کمترین محدودسازی ممکن، متناسب و بی‌طرفانه است. کد اخلاق سلامت عمومی دربردارنده‌ی راهنمایی‌هایی برای مسؤولان و بالینگران در شرایط وقوع فاجعه است

• در مورد دومی که در ابتدای این فصل آورده شد، تنش دیگری بارز شده است: **بین تعهد یک بالینگر نسبت به درمان افراد نیازمند از یکسو، و حفظ سلامت و ایمنی خودش از سوی دیگر.** همانطور که در این مورد – و به‌طور تاریخی در همه گیری‌های طاعون و سارس – دیده میشود، بالینگران باید خطرات قابل ملاحظه‌ی معطوف به خودشان و خانواده هایشان را در برابر تعهد حرفه‌ای‌شان نسبت به مراقبت از دیگران، سبک و سنگین کنند. اکثر حرفه‌مندان سلامت در این شرایط دل به دریا میزنند و برای مراقبت از افراد نیازمند با خطر مرگ روبه‌رو میشوند. اگرچه نسخه‌ی اولیه‌ی کد انجمن پزشکی آمریکا در سال ۱۸۵۷ بیان میدارد: هنگامی که همه گیری بیماری مرگباری رخ میدهد، وظیفه‌ی پزشکان است که با خطر روبه‌رو شوند حتی اگر لازم باشد که زندگی خود را به خطر اندازند. امروزه، برخی از حرفه‌مندان سلامت ایمنی خود را بر ایمنی بیماران نیازمند ترجیح میدهند. از آنجا که اغلب کدهای حرفه‌ای بر تعهد نسبت به پرهیز از زیان بالقوه به خود فرد تأکید دارند، سازمانهای ارائه‌دهنده‌ی مراقبت این وظیفه را دارند که در حین بحران، ایمنی کارکنان خود را ارتقا بخشند و خطرات معطوف به ایشان را به حداقل برسانند. به بالینگران توصیه شده است که از پیش به این موضوع فکر کنند که چگونه با تصمیم‌گیریهای اخلاقی خود، میان تعهدات حرفه‌ای و تعهدات شخصی تعادل برقرار نمایند



راه حل هایی برای بهبود مدیریت فجایع آینده

- تحلیل‌های گذشته‌نگری که از سوی متخصصان اخلاق زیستی در ارتباط با مقولات اخلاقی پیش‌آمده در حین بحرانها (مانند همه‌گیری سارس) انجام شده است، میتواند ما را در جهت آماده سازی بهتر برای وقایع آینده یاری کند. انجام چنین تحلیل‌هایی قویاً توصیه میشود .

- ارزیابی نتایج نهایی اقدامات انجام شده در حین یک بحران میتواند شامل محاسبه‌ی شاخص‌های پیامد در گروه‌های جمعیتی مختلف، شامل گروه‌های اجتماعی- اقتصادی، قومی، سنی و جنسیتی باشد.

- پژوهشهایی که توسط تیمهای میان‌رشته‌ای متشکل از سیاست‌گذاران، متخصصان دانشگاهی، ارائه‌دهندگان مراقبت، و گروه‌های اجتماعی به انجام میرسند باید نه تنها بر اخلاقیات، بلکه همچنین بر میزان بروز این موارد نیز تمرکز داشته باشند: آواره شدن افراد، انزوای اجتماعی یا قرنطینه، انواع زیانهای اقتصادی و غیره. بدین ترتیب، این پژوهشها میتوانند به جوامع کمک کنند راهبردهای آتی سلامت عمومی یا مدیریتی خود را ارتقا بخشند.

- گزارشی که اخیراً منتشر شده است استفاده از پنج شاخص پیشرفت را برای بررسی جنبههای مرتبط با برابری (Equity) مورد تأکید قرار داده است: مواجهه‌ی افراد با خطرات مرتبط با سلامت عمومی، نابرابری در توزیع تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، موانع مالی و غیرمالی دسترسی به مراقبت، نابرابری در منافع که عاید گروه‌های مختلف میشود، و بار هزینه‌های مراقبت سلامت برای افرادی که از توان پرداخت کمتری برخوردارند

خلاصه



- مهم‌ترین نکات برای به حداقل رساندن معضلات اخلاقی در زمان وقوع فوریت‌ها و فجایع مشتملند بر آشنایی پایه‌ای با مفاهیم و ابزارهای اخلاقی، و دانستن این نکته اگرچه سردرگمی و هرج و مرج می‌تواند تمامی وضعیت‌ها را مخدوش کند، اما رویکردی برابرگرا، شفاف، و سازمانده‌ی شده، می‌تواند اعتماد و همکاری را در میان تعداد زیادی از افراد درگیر برقرار سازد.
- برنامه‌ریزی میان‌رشته‌ای با همکاری بالینگران، جامعه، مجریان قانون، مسؤولان سلامت عمومی و سیاستمداران از اهمیت بسیار زیادی برخوردار است.
- بالینگران با انتخاب‌های اخلاقی دشواری در رابطه با ترجیح دادن سلامت عمومی بر سلامت فرد روبه‌رو خواهند بود.
- این تعهد باید وجود داشته باشد که سیستم واکنش‌دهی منصفانه که باشد و مردم این امکان را داشته باشند دغدغه‌هایشان را ابراز کنند تا بهبود مورد نظرشان صورت بندی شود



فصل پنجاه و نه

اخلاق در پزشکی اورژانس و تروما



موقعیت یک



- مردی ۲۵ ساله در شنبه شب بعد از مضروب شدن در یک نزاع به بخش اورژانس آورده میشود. پرسنل آمبولانس میگویند که ضربه به سر او وارد شده و چند دقیقه بیهوش بوده است. هنگامی که آنها به محل حادثه رسیدند، بیمار گیج اما قادر به تکلم بود. یک پارگی ده سانتیمتری در پوست بخش آهیانه ی سمت چپ سر او وجود دارد و از تنفس او بوی الکل به مشام میرسد. هنگامی که بیمار به بخش اورژانس میرسد، صدایش کش میآید و میگوید که قبل از نزاع، الکل زیادی مصرف کرده است. او از پذیرش هرگونه آزمایش تشخیصی یا مداخله ی درمانی سر باز میزند. به پرستار اجازه نمیدهد که برایش خط داخل وریدی تعییه کند یا از او خون بگیرد و به پزشک هم اجازه ی معاینه ی پارگی موجود در سرش یا انجام معاینات نورولوژیک کافی را نمیدهد. بیمار درخواست ترک اورژانس را دارد. او میگوید که قبلاً هم در نزاع مضروب شده است و مشکلی برایش پیش نخواهد آمد. با تکرار درخواست ترک اورژانس، رفتار او نیز با کارکنان بد و بدتر میشود.

موقعیت دو



- پرسنل پیراپزشکی به یک مرکز نگهداری از سالمندان فراخوانده میشوند زیرا زنی ۸۰ ساله دچار ایست قلبی شده است. چهار ساعت پیش، یکی از پرسنل بیمار را دیده بود و بعد، او در اتاقش بیهوش پیدا شده است. هنگامی که پرسنل پیراپزشکی میرسند، بیمار هیچ پاسخی نمیدهد و نبض و فشار خون ندارد. ایشان درخواست میکنند که بیمار مرده اعلام شود و میگویند که احیاکردن بیماران سالمند در مراکز نگهداری از سالمندان اقدامی بیهوده است زیرا این بیماران هیچگاه بعد از احیا زنده نمیمانند. به علاوه، از آنجا که بیمار برای مدتی طولانی در این حال بوده است، حتی در صورت زندهماندن از نقص عملکرد نورولوژیک شدیدی رنج خواهد برد. بیمار وصیت پزشکی تنظیم نکرده است. او سه هفته است که برای بازتوانی بعد از عمل جراحی جایگزین سازی مفصل لگن در این مرکز نگهداری از سالمندان بستری شده است.



اخلاق در پزشکی اورژانس و تروما چیست؟





- معضلات اخلاقی در مراقبت های پزشکی اورژانس به نحو شایعی پیش می آیند .
 - بخش اورژانس تفاوت هایی با دیگر محیط های پزشکی دارد .این تفاوت ها مقولات اخلاقی منحصر به فردی را پدید می آورند
1. یک اصل اساسی در پزشکی اورژانس این است که بیمارانی که به اورژانس مراجعه می کنند اول باید از نظر بیماری های تهدید کننده حیات بررسی شود ،بعد از رد کردن این بیماری ها به بیماری های شایع میپردازیم
 2. بیمارانی که به بخش اورژانس مراجعه می کنند،پزشک خود را انتخاب نمیکنند ولی در کار بالینی معمولاً بیماران پزشک خود را انتخاب می کنند و پزشکان فرصت کافی دارند که بیمار خود را بشناسند و ارزش های او را درک کنند.
 3. بسیاری از بیمارانی که به اورژانس مراجعه کرده اند به علت های ضربه ،درد و مصرف الکل از هوشیاری کافی برخوردار نیستند ،همچنین مشکلات روانپزشکی و اضطرابی در این بیماران شایع است که می تواند تصمیم گیری و رضایت آگاهانه بیمار را تحت تاثیر قرار بدهد.
 4. تصمیمات تشخیصی و درمانی برای بیماران اورژانس باید به سرعت گرفته شود و این تصمیم گیری ها اغلب علیرغم داشتن داده های ناکافی باید صورت گیرد .در وضعیت اورژانس برخلاف بیمارستان زمانی برای مشاوری با متخصصان و جست و جوی منابع وجود ندارد

5. محیط اورژانس در مقایسه با کلینیک ها، تحت کنترل کمتری است، پلیس، پرسنل آمبولانس و دیگر افراد غالباً حضور دارند، همچنین امکان پیش آمدن موضوع تعارض منافع وجود دارد

مثال: بیماری که در حالت مستی دچار تصادف شده: آیا ED باید این بیماران را به پلیس گزارش کند یا با حفظ رازداری به درمان ان ها پردازد؟

- ارائه دهندگان خدمات سلامت اورژانس غالباً میان تعهدات خود نسبت به بیماران و نسبت به اجتماع تعادل برقرار میکنند

6 کارکنان اورژانس تحت امر پزشک اورژانس کار میکنند، این افراد نیز با معضلات اخلاقی و موقعیت های تعارض منافع میان پزشکان، بیماران و مجریان قانون مواجه میشوند

- پرسنل آمبولانس غالباً با بیماران عصبانی و تهاجمی مواجه میشوند که بسیاری از ایشان تحت تأثیر الکل یا مواد قرار دارند یا دچار بیماری روانی اند. این پرسنل باید میان احترام به اتونومی بیمار و تلاش در جهت تأمین بهترین مراقبت برای بیماران در اجتماع تعادل برقرار کنند



چرا پزشکی اورژانس و تروما دارای اهمیت است؟



- ملاحظات اخلاقی بنیادینی نظیر رضایت آگاهانه، رازداری و اتونومی بیمار ممکن است برای بیمار اورژانسی جایگاهی نداشته باشند. بیماری که دچار تروما به سیستم های متعدد بدن شده است، بیماری که ناهوشیار است یا بیماری که دچار ایست قلبی شده است، بلافاصله با درمان های استاندارد طبی یا جراحی، شامل جراحی یا دیگر درمان های تهاجمی، مورد مداوا قرار می گیرد (نقص رضایت آگاهانه)
- هنگامی که حرفه مندان مراقبت اورژانس پرونده های پزشکی را از دیگر بیمارستان ها، بدون رضایت آگاهانه ی بیمار درخواست می کنند، این امکان وجود دارد که استانداردهای رازداری به طور کامل رعایت نشوند
- اگر بسیاری از ملاحظات اخلاقی سنتی در وضعیت های اورژانس رنگ می بازند آیا هنگامی که به طور بالقوه امکان پدید آمدن وضعیتی اورژانس وجود دارد هم وضع به همین منوال است؟ این موضوعی است که تعیین آن مستلزم بررسی های کامل در ED است



قانون

- مهم است که حرفه مندان مراقبت های اورژانس نسبت به روال های قانونی که به طبابت پزشکی اورژانس مربوط می شوند، آگاه باشند. برای مثال، قانون EMTALA در آمریکا : قانونی است که الزام می کند هر بیماری به ED مراجعه می کند، تحت معاینات غربالگری قرار گیرد و وضعیت او از نظر پزشکی پایدار شود .
- پیش از قانون EMTALA، بخش های اورژانس بیمارستانی می توانستند از پذیرش بیمارانی که توانایی پرداخت نداشتند خودداری کنند و این بیماران را به بیمارستان های دولتی ارجاع دهند که این باعث تأخیر در مراقبت از بیماری می شد . این کار {بیرون انداختن بیمار} نامیده می شد . از زمانی که این قانون اجرا شد وضعیت بیماران باید پایدار شود و پیش از انتقال بیمار به بیمارستانی دیگر برای مراقبت تخصصی که در بیمارستان اولیه در دسترس نیست، باید با پزشکی که در بیمارستان بعدی قرار است بیمار را بپذیرد تماس گرفته شود.
- برخی از روال های قانونی سنتی نظیر الزام به رضایت آگاهانه و حفظ رازداری، در مواردی که بیمار با وضعیتی واقعاً اورژانس مراجعه می کند، استثناهایی پیدا می کنند . این استثناءها وقتی برقرار می شوند که بیمار ناهوشیار یا فاقد ظرفیت باشد و هیچ عضو نزدیک خانواده ی او در دسترس نباشد، زمان برای اقدامات تشخیصی یا درمان بحرانی باشد و شرایط به نحوی باشد که یک فرد عاقل در چنین شرایطی به انجام این اقدامات یا درخواست اطلاعات پزشکی رضایت می دهد

سیاست‌گذاری



- چنان‌که رفت، اخلاق در پزشکی اورژانس و تروما پیچیده‌تر از ملاحظات اخلاقی در ارائه‌ی مراقبت‌های اولیه است. شرایط خاص مراقبت‌های پزشکی اورژانس در کد اخلاق فوق تخصصی که برای پزشکان اورژانس تدوین شده است مورد لحاظ قرار گرفته‌اند. این کد بر تعهدات منحصربه‌فرد پزشکان اورژانس تأکید دارد؛ شامل «نقش اجتماعی و مسئولیت ایفای نقش ارائه‌دهنده مراقبت برای بیمارانی که دسترسی دیگری به مراقبت ندارند»



- اصول پایه‌ای رابطه پزشک اورژانس - بیمار مشتملند بر سود رسانی، احترام به اتونومی بیمار، انصاف، احترام به حریم شخصی و زیان نرساندن. در صورتی که بیماران دارای ظرفیت تصمیم‌گیری باشند رضایت آگاهانه‌ی ایشان دارای اهمیت می‌باشد.



چه رویکردی باید در عمل
به اخلاق در اورژانس و
تروما داشته باشیم؟





- قوانین ثابتی وجود ندارد هر بیمار شرایط منحصر به فرد خود را دارد
- بیمار باید برای دادن رضایت آگاهانه، ظرفیت تصمیم گیری داشته باشد.

ظرفیت تصمیم گیری بستگی به

(۱) تصمیمی دارد که اخذ میشود

(۲) پیامدهای احتمالی هر تصمیم

- مثال: بیمار مستی را که دچار پارگی پوست شده است، در صورت خودداری از پذیرش بخیه می توان همان طور مرخص کرد زیرا پیامد این کار در حد تشکیل اسکار یا عفونت زخم است. اما همان بیمار مست را اگر دچار تصادف شدیدی با وسیله نقلیه شده باشد و از پذیرش مراقبت خودداری کند، می توان مهار و مجبور به ماندن در ED کرد، چرا که پیامد اجتناب از مراقبت تروما بعد از تصادف با وسیله ی نقلیه می تواند مرگ فوری باشد.



- ارایه دهندگان مراقبت اورژانس به اتونومی بیمار احترام میگذارند اما استثناهایی هم وجود دارد
- استثنا ۱: بیمارانی که واقعا در وضعیت مابین مرگ و زندگی قرار دارند باید به نحو مناسبی درمان شوند حتی اگر زمان کافی باری گرفتن رضایت آگاهانه در اختیار نباشد. در این شرایط رضایت ضمنی مفروض گرفته میشود، مثل بیمار ترومایی که در اثر پارگی طحال دچار خونریزی حاد شده باید فوراً به اتاق عمل برده شود.
- استثنا دو: بیمارانی که ظرفیت تصمیم‌گیری ندارند تحت مراقبت پزشکی استاندارد قرار میگیرند تا وقتی که ظرفیت اخذ تصمیم^۲گیری خود را بازیابند. شایع‌ترین مثال، بیمار مستی است که در ED از حالت مستی خارج میشود و اکنون میتواند تصمیمات منطقی درباره مراقبت خود اخذ کند
- استثنا سه: برخی منابع مرتبط با سلامت عمومی و جامعه ممکن است بر رضایت فردی نسبت به درمان غالب باشند. مثال: بیمار مبتلا به بیماری عفونی سل نمیتواند درباره گزینه‌های درمانی خود حق انتخاب داشته باشد

CPR



- یکی از چند عملیاتی است که در صورت نیاز شروع میشود، مگر آنکه محدودیتی برای مراقبتهای پزشکی از قبل تعیین شده باشد.
- پیش فرض گرفتن اجازه ی دستور CPR کاری مناسب است چرا که ایست قلبی بالاترین اورژانس پزشکی است، به طوری که حتی یک دقیقه تأخیر باعث کاهش شدید احتمال موفقیت احیا میشود.
- در این شرایط، اگرچه به وصیت پزشکی معتبر بیمار، در صورت وجود، باید احترام گذاشت اما این نکته را هم باید در نظر داشت که تمامی وصیتهای پزشکی خواهان محدودیت مراقبت نیستند بلکه در مواردی نیز بیمار در وصیتنامه ی پزشکی خود خواهان آن شده است که همه ی اقدامها برای نجات زندگی اش انجام گیرد.
- اگر اقدامی احیایی بیهوده دانسته شود، حرفه مندان مراقبت اورژانس به هیچ وجه ملزم به انجام دادن آن نیستند. در این مورد البته اختلاف نظر وجود دارد که دقیقاً تحت چه شرایطی میتوان اقدامی احیایی را بیهوده دانست





- عوامل چندی بر پیش آگهی بیمار دچار ایست قلبی تأثیر میگذارند. این عوامل مشتملند بر عوامل مربوط به بیمار نظیر بیماریهای همراه و اتیولوژی ایست قلبی و عوامل سیستمی نظیر زمان تلف شده تا پیش از شروع CPR، زمان طی شده تا دفیبریلاسیون و ریتم اولیه
- هیچکدام از این عوامل به خودی خود نمیتوانند بیهوده بودن احیا از نظر پزشکی را پیشگویی کنند و حتی برخی از عوامل هم ممکن است موجب سوگرایی پزشک در امر درمان شوند. بنابراین، ارائه دهندگان مراقبت اورژانس باید از دستورالعملهای استاندارد در رابطه با زمان متوقف کردن تلاش برای احیا پیروی کنند. این دستورالعملها توسط شورای رابط بین المللی احیا و شوراهای محلی احیا تدوین و به روز رسانی شده اند.
- انجمن قلب آمریکا ۲ معیارهای ذیل را برای توقف تلاش برای CPR ارائه داده است:
 - الف) بیمار دارای دستور معتبر عدم اقدام به احیا (DNR) است
 - ب) بیمار نشانه های وقوع غیرقابل بازگشت مرگ را پیدا کرده است (نظیر جمود نعشی، وضعیت دکاپیته، یا کبود شدگی مناطق اتکایی بدن)
 - ج) هیچ فایدهی فیزیولوژیکی قابل انتظار نباشد زیرا علیرغم درمان حداکثری، عملکردهای حیاتی مختل شده اند (مانند شوک پیشروندهی سپتیک یا کاردیوژنیک).
- پزشکان میتوانند تلاش برای احیا را در صورتی که بیمار به اقدامات پیشرفت جهت احیای قلبی پاسخ ندهد، متوقف کنند. این تصمیمی بالینی است که پزشک اورژانس براساس عوامل شناخته شده ی پیش آگهی دهنده نظیر زمان گذشته از ایست قلبی، شرایط، پاسخ به درمان، بیماریهای همراه و غیره اخذ میکند.

بحث اول



اولین مورد، نشانگر وضعیتی است که در آن ارائه دهنده ی مراقبت اورژانس تلاش میکند که به اتونومی بیمار احترام بگذارد و در این مورد، درخواست بیمار این است که مورد درمان قرار نگیرد. ولیکن، برای احترام به درخواست بیمار، او باید ظرفیت تصمیمگیری داشته باشد و بتواند پیامدهای تصمیم خود را درک کند. در این مورد عواملی چند وجود دارند که میتوانند قضاوت وی را مخدوش کنند. اول آنکه بیمار اقرار دارد که مقدار زیادی مشروبات الکلی مصرف کرده است. نفس او بوی الکل میدهد و صدای او موقع حرف زدن کش میآید. آیا ممکن است الکل قضاوت او را مخدوش کرده و باعث شده باشد که از پذیرش درمان سر باز زند؟ اگر او در حالت عادی بود، همچنان از پذیرش مراقبت پزشکی خودداری میکرد؟ دوم اینکه شدت و گستره ی ترومایی که به او وارد شده است معلوم نیست. به سر او ضربه خورده، دچار پارگی شده و طبق گزارش، چند دقیقه ناهوشیار بوده است. آیا تصمیم او مبنی بر عدم پذیرش درمان تحت تأثیر همین ترومای اخیر به سر نمیباشد؟ آیا وضعیتهای پزشکی دیگری هم در این مسأله دخیل است؟ آیا بیمار، موادی نظیر کوکائین یا آمفتامینها هم مصرف کرده است که این امکان هم باشد که قضاوت او را تحت تأثیر قرار دهند؟ بیمار از انجام آزمونهای تشخیص خودداری میکند بنابراین، راهی فوری برای پی بردن به این عوامل وجود ندارد. بیمار با معاینه ی وضعیت روانی همکاری نمیکند. پزشک اورژانس باید تصمیم فوری بگیرد و فرصتی برای اخذ مشاوره در اختیار نیست. اگر بیمار حالت تهاجمی پیدا کرده است، باید یا مهار جسمانی شود یا به او اجازه داده شود که محل را ترک کند. از آنجایی که پیامدهای تصمیم بد برای بیمار جدی است و میتواند خونریزی مغزی منجر به مرگ باشد، پزشک اورژانس تصمیم میگیرد که بیمار ظرفیت کافی تصمیم گیری را ندارد و او را مهار جسمانی میکند تا وقتی که تستهای تشخیصی کامل شوند و آثار الکل زائل گردد



بحث دوم



مورد دوم زنی ۸۰ ساله ساکن در مرکز نگهداری از سالمندان است که دچار ایست قلبی شده و این پرسش پدید آمده است که آیا تلاش برای احیای این بیمار اقدامی بیهوده است؟ در مورد بیمارانی که دچار ایست قلبی میشوند فرض میشود که خواهان احیا هستند (رضایت ضمنی) مگر آنکه چیز دیگری را بهروشنی در دستور DNR که به کارکنان آمبولانس داده میشود تصریح کرده باشند. فقدان چنین دستوری در سرای سالمندان حاکی از آن تلقی میشود که بیمار خواهان آن است که هر اقدامی برای نجات زندگیش انجام گیرد. در عین حال، حرفه‌مندان سلامت ملزم نیستند که مراقبتی را ارائه دهند که فایده‌ی اثبات‌شده‌ای ندارد، حتی اگر بیمار خواهان چنین مراقبتی باشد. تجربه‌ی پرسنل آمبولانس حاکی از آن است که بیماران سالمند در سرای سالمندان بهندرت از ایست قلبی بهبود می‌یابند، به‌ویژه اگر به مدت طولانی، در این حالت مانده باشند. آیا به اتونومی بیمار احترام بگذاریم یا احیا را باستاند به بیهوده بودن انجام ندهیم؟ متون پزشکی در رابطه با موفقیت احیای قلبی نشان می‌دهند که اتلاف زمان تا قبل از شروع CPR و وجود بیماری‌های همراه از عوامل پیش‌آگهی ضعیف‌اند. در این مورد، ما به‌واقع نمی‌دانیم که دقیقاً چه مدت زمان تا پیش از CPR تلف شده است. این زمان می‌تواند به بلندی چهار ساعت یا به کوتاهی یک‌دقیقه پیش از زمانی باشد که بیمار در وضعیت ناهوشیار پیدا شد. ما همچنین به‌طور قطعی نمی‌دانیم که آیا بیماری‌های دیگری وجود دارند یا نه. برای مثال، بسیاری از بیماران ساکن سرای سالمندان شدیداً ناتوانند. ولیکن این بیمار به‌طور موقت در سرای سالمندان اقامت داشت تا دوباره توان خود را بازیابد. همچنین، راهی برای تعیین پیامد نورولوژیک تا پیش از گذشت ۴۸ تا ۷۲ ساعت از ایست قلبی وجود ندارد. حرفه‌مندان مراقبت سلامت همواره باید طوری رفتار کنند که اگر خطا می‌کنند در جهت حفظ حیات باشد. دستورالعمل‌های بین‌المللی منتشرشده‌ای درباره‌ی زمان دست نگاه داشتن از تلاش برای احیا وجود دارد. این بیمار دارای دستور DNR نیست، نشانه‌های واضح مرگ (جمودن‌عشی یا کبودی نواحی اتکایی بدن) را ندارد و هیچ شاهده‌ی بر مختل بودن عملکرد فیزیولوژیک او در دست نیست. بنابراین، پزشک اورژانس به پرسنل پیراپزشکی (پرسنل آمبولانس) دستور می‌دهد که بلافاصله CPR و پروتکل‌های پیشرفته‌ی حمایت از حیات قلبی را شروع کنند.



با تشکر

فاطمه صالحی منش (ارایه اسلاید ۱ تا ۱۲)
نگین زارعی (ارایه اسلاید ۱۳ تا ۲۵)
زهرا مشهدی (ارایه اسلاید ۲۵ تا ۳۶)
فاطمه فلاح (ساخت پاورپوینت)
کوثر اکبری (ساخت پاورپوینت)

