

تحقق جایگاه دستورالعمل عدم احیا به عنوان انتخابی اخلاقی در

خدمات پزشکی

افشین فرهانچی

زهرة رحیمی

میسور بعلبکی

چکیده

از آنجایی که در طب جدید تعیین مرز دقیقی بین مرگ و زندگی به چالشی مهم تبدیل شده است، به دنبال آن حقوق و قوانین انسانی مربوطه، به طور مداوم مورد بحث و بررسی قرار می‌گیرند. جوامع علمی و پیشرو موظف به تدوین و ترویج استانداردهایی شدند که جامعه بشری را برای حفظ کرامت و شأن افراد حتی در شرایط مرگ و احتضار یاری کند. با رشد و توسعه اندیشه بشر، تعریف حیات و زیستن، از توان فرد برای رفع نیازهای اولیه و سطح زیستی خود، به برخورداری از سطح قابل قبولی از کیفیت زندگی و سطوح روانی و اجتماعی و فرهنگی سوق یافته است. لذا ضروری به نظر می‌رسد که ارائه خدمات بهداشتی و پزشکی نیز مورد باز تعریف قرار گیرد و تنها بازگرداندن به زندگی، متبادر کننده ایفای وظیفه و نقش پزشکی نباشد، بلکه احترام به خواست بیمار در راستای خاتمه زندگی‌اش نیز به عنوان نوعی خدمات خطیر پزشکی مورد توجه و مذاقه قرار گیرد. در این راستا لازم است «دستور عدم احیا» مورد بازبینی قرار گیرد و به عنوان یک انتخاب اخلاقی در خدمات پزشکی به بیماران تلقی شود.

واژگان کلیدی

احیا؛ دستور عدم احیا؛ انتخاب اخلاقی؛ خدمت پزشکی؛ شأن انسانی؛ حقوق بیمار.

تحقق جایگاه دستورالعمل عدم احیا به عنوان انتخابی اخلاقی در خدمات

پزشکی

طب جدید، پزشکان را با طیف وسیعی از مسائل اخلاقی روبرو ساخته است که پزشکان قدیم با آن مواجه نبوده‌اند. همگام با پیشرفت طب، پرسش‌های بیشتری مانند، پرسش درباره حفظ حیات به هر قیمت ممکن و نظایر آن مطرح می‌شوند. اکنون پزشکان، دیگر قادر نیستند، بدون تأمل درباره پیامدهای عمیق‌تر اقداماتشان، حرفه خود را صرفاً راهی برای تخفیف درد و رنج بیماران و نجات زندگی بدانند (۱).

بحث خاتمه حیات موضوعی مهم و پرمناقشه در اخلاق زیستی است و در نظام‌های سلامت پیشرفته یکی از ده چالش حیطة طب و سلامت شمرده شده است. هزینه مراقبت‌های خاتمه حیات در آمریکا برابر ۱۰ تا ۱۲ درصد کل هزینه‌های سیستم مراقبت‌های بهداشتی را تشکیل می‌دهد (۲).

از منظر پزشکی، مرگ توقف عملکرد اعضای حیاتی بدن تعریف شده است. در قدیم، زمانی که قلب، ریه یا مغز فردی از کار می‌افتاد مصداق مرگ وی بود. ولی امروزه ممکن است هر کدام از این ارگان‌ها عملکرد خود را از دست بدهند و ما بتوانیم آنها را با کمک تکنولوژی پیشرفته کنترل کنیم و مانع از گسترش اختلال به سایر ارگان‌های حیاتی شویم. بنابراین در حال حاضر تشخیص حد و مرز بین فرد زنده و مرده مشکل شده است. از سوی دیگر برای مرگ نیز همچون دیگر پدیده‌هایی که تمامی انسان‌ها در هر شرایطی با آن درگیر هستند می‌توان مرزی از مطلوبیت تعریف نمود. اجزای مرگ خوب عبارتند از: (۳)

۱. مدیریت مناسب تسکین درد و سایر علائم بیماری.

۲. پرهیز از طولانی نمودن فرایند مرگ.
 ۳. ارتباط شفاف بین بیمار، خانواده و پزشک در مورد تصمیمات درمانی.
 ۴. ایجاد آمادگی لازم برای مرگ در خود بیمار و بستگان وی.
- این موضوع ما را با پرسش‌هایی در زمینه احیای بیماران مواجه می‌سازد که ملزم به پاسخگویی آنها هستیم از جمله این که:
- چه زمانی باید احیا صورت گیرد؟ چه زمانی باید از احیا امتناع نمود؟ چه احیایی بیهوده است؟ و چه کسانی اجازه تصمیم‌گیری در مورد شروع، ادامه و ختم احیا را دارند؟

احیا و عدم احیا

عملیات احیا مجموعه تکنیک‌هایی است که برای بازگرداندن فعالیت ارگان‌های حیاتی قلب، ریه و مغز با هدف بازگرداندن و حفظ حیات فرد صورت می‌گیرد و به دو بخش احیای پایه و احیای پیشرفته تقسیم می‌شود که به طور شایع برای بیماران در حال مرگ مورد استفاده قرار می‌گیرد. (۴)

میزان احیای موفقیت‌آمیز به دنبال ایست قلبی در حدود ۱۵ درصد می‌باشد و این رقم برای افراد بالای ۶۵ سال به ۱۰ تا ۱۱ درصد و در بیماران بالای ۸۵ سال به ۳/۵ درصد می‌رسد. لازم به ذکر است در آمریکا سه چهارم مرگ‌ها در سنین بالای ۶۵ سال رخ می‌دهد (۵). در بسیاری از افراد بایسته است که آخرین ضربان قلبشان، آخرین ضربان باشد. افرادی که به انتهای عمرشان رسیده‌اند و تلاش برای احیای آنان نامناسب و برای بیمار و احیا کننده بیهوده و بی‌ارزش است. در این موارد اگر تلاش برای احیای این افراد آغاز شود قالبی بیهوده و بی‌تناسب، به خود می‌گیرد. در مواردی که روشن شود پیش‌آگهی بیمار ضعیف است و بیمار به

سمت بهبودی نمی‌رود، تصمیم به محروم کردن از درمان گرفته می‌شود (۶). برای انجام احیا باید به دقت بیندیشیم که چه موقع تلاش‌های احیا را شروع کنیم و چه موقع آنرا خاتمه دهیم. (۷)

اما دستور عدم احیا، اشاره به دستورالعملی در پرونده بیمار دارد که مبتنی بر این موضوع است: «در صورت وقوع ایست قلبی تنفسی عملیات احیای قلبی ریوی نباید صورت پذیرد». به طور معمول این دستور برای بیمارانی صادر می‌شود که کیفیت زندگی ایشان در حال حاضر بسیار ضعیف است و یا شانس موفقیت احیا در آنها بسیار کم است (۴).

در واقع توقف احیا را می‌توان به سه حیطة تقسیم نمود: توقف احیا در احیای ناموفق، عدم شروع احیا در احیای بیهوده و عدم انجام احیا در احیای ناخواسته. دستور ختم احیا در موارد احیای ناموفق کاربرد دارد که اقدام به شروع احیا شده است ولی بعد از مدتی بنا به دلایل موجهی نظیر عدم پاسخ به درمان، خستگی و تهدید تیم، احیا ختم می‌گردد. عدم احیای بیهوده به مواردی اشاره دارد که مسئول تیم احیا در ابتدای حضور بر بالین بیمار متوجه می‌شود احیا برای این بیمار فایده ندارد مانند بیماری که دچار قطع سر از گردن شده باشد و یا چندین ارگان حیاتی فرد، همزمان دچار حادثه برگشت‌ناپذیر شده‌اند. در نهایت عدم احیای ناخواسته اشاره به مواردی دارد که از قبل اطلاعات لازم به بیمار داده شده و بیمار آگاهانه با توجه به احتمال بسیار ضعیف ادامه حیاتش در صورت ایست قلبی تنفسی درخواست عدم احیا می‌کند.

در پزشکی مدرن، ما چهار قدم را در هنگام ارائه خدمات دنبال می‌کنیم: اقدامات پیشگیری کننده، اقدامات بهبودی، اقدامات کنترلی و اقدامات تسکین دهنده. از سویی دیگر با توجه به تغییر شکل نوع رابطه پزشک با بیمار و خارج شدن از

موقعیت پدرسالارانه، یکی از وظایف خطیر پزشکان اینست که اطلاعات کافی را در مورد شرایط بیمار در اختیار وی قرار دهند تا وی با توجه به وضعیت خود بهترین تصمیم را در راستای داشتن یک زندگی با کیفیت برای خویش بگیرد. چنانچه دورنمایی از پیشگیری، بهبود، کنترل و تسکین درد و رنج بیمار وجود ندارد، باید مراتب، به دقت به اطلاع بیمار رسانده شود و چنانچه در نهایت یک بیمار طی مراحل ذکر شده تصمیم به ممانعت از انجام درمان و احیا بگیرد. فرآیند مذکور یک تصمیم پزشکی اخلاق مدارانه محسوب می‌گردد و باید مورد توجه و اجرا قرار گیرد.

در یک مطالعه در سال ۱۹۹۹ در ایالت فلوریدای آمریکا، مشخص گردیده است که در سال بیش از ۱۶۰ هزار مورد مرگ در این ایالت رخ می‌دهد و بیش از ۳۰ درصد آنها در خانه و بدون عملیات احیا است (۸). در سال ۱۹۹۳ انجمن متخصصان بیهوشی آمریکا، راهنمای مراقبت از بیماران دارای دستور عدم احیا را تدوین و استاندارد کرد (۹). در یک مطالعه دیگر نشان داده شد که حدود ۴۰ درصد از هزینه‌های پزشکی در ۳۰ روز آخر عمر بیماران صورت می‌گیرد (۱۰) و در مطالعه‌ای دیگر مشخص شد که اجرای دستور عدم احیا بین ۲۵ تا ۴۰ درصد از هزینه‌های درمانی را کاهش می‌دهد (۱۱). در اینجا یادی از دکتر سافار پدر علم نوین احیا بی‌فایده نیست. او با وجود تلاش بی‌وقفه‌ای که برای تحقیق و آموزش احیای قلبی ریوی می‌کرد همواره نگران بود که این تکنیک به صورتی غیرمعمول و در مورد هرگونه ایست قلبی ریوی به کار رود. این عبارت از سخنان وی است که «احیا برای بیماری کاربرد دارد که در حال مرگ است ولی دارای قلب و مغزی سالم است». (۱۲).

بحث: در حال حاضر دستور عدم احیا به طور شایع در کشورهای اروپایی و آمریکائی مورد استفاده قرار می‌گیرد ولی در ایران اجرای این دستور با مشکلات قانونی و اخلاقی روبرو می‌باشد.

شورای امور اخلاقی و قضائی انجمن پزشکی آمریکا، راهنمایی‌هایی را برای استفاده مناسب از احکام مربوط به عدم نیاز به احیا پیشنهاد کرده است. توصیه شده هنگامی که شرایط، دال بر بیهوده بودن احیا است (امیدی به بازگرداندن توان شناخت با کارایی کامل به حد طبیعی نباشد) یا مطابق با مصلحت و نفع بیمار نیست، نباید در احیای بیماران کوشش شود (۱۸). لازم به ذکر است هیچ تعهد پزشکی و قانونی برای انجام درمان‌ها در صورت بیهوده بودن آنها وجود ندارد (۶). در رابطه با اهمیت اجرای دستور عدم احیا باید گفت که عملیات احیا هزینه بالایی دربر دارد و نیز فشار روانی زیادی را به خانواده‌ها و پرسنل بیمارستانی وارد می‌کند. از طرفی بیماران حق دارند در ارتباط با مراقبت‌های پزشکی خود تصمیم بگیرند و باید اطلاعات مورد نیاز در این زمینه در اختیار آنان قرار داده شود. مکلف نمودن پزشکان جهت کسب رضایت از بیماران برای درمان، مبتنی بر اصول اخلاقی استقلال بیمار و احترام به اشخاص است و به وسیله قانون و ضوابط حرفه‌ای تأیید شده است. کسب رضایت بیمار به معنی دادن اجازه مداخله پزشکی با رعایت استقلال کامل از طرف بیمار می‌باشد. اگر چه لغت رضایت قبول درمان را به ذهن متبادر می‌کند اما، مفهوم کسب رضایت به معنی امتناع از درمان نیز هست (۱۹). در سیاست‌های جدید بهداشتی درمانی، مراقبت‌های پایان زندگی به عنوان یک موضوع کیفی طبقه‌بندی می‌شوند. به این معنی که مراکز درمانی متعهد به رعایت کیفیت این نوع خدمات هستند. سازمان‌های مختلفی در ایالات متحده، اصولی را درباره کیفیت مراقبت‌های پایان زندگی پیشنهاد کرده‌اند که می‌توان به

این موارد اشاره کرد: درمان علائم فیزیکی و روانی، رعایت خودمختاری بیماران، راضی نگهداشتن بیمار و خانواده او، کیفیت کلی زندگی، هزینه‌های تحمیل شده به خانواده، زمان باقیمانده زندگی، مهارت و مداومت ارائه‌دهندگان مراقبت‌ها و مسئله محروم نمودن از مراقبت‌ها. آکادمی ملی علوم آمریکا مراقبت کیفی پایان زندگی را شامل شش جز می‌داند.

۱. کیفیت کلی زندگی.

۲. عملکرد و احساس مطلوب از نظر جسمی.

۳. عملکرد و احساس مطلوب از نظر روانی اجتماعی.

۴. آرامش روانی.

۵. درک بیمار از مراقبت‌ها.

۶. احساس آرامش خانواده و درک آنان (۱۹).

موافقان به انجام عملیات احیا و مخالفان دستور عدم احیا در شرایط گوناگون حتی با وجود محدودیت منابع و موانع منطقه‌ای برای اثبات و تأیید نظر خود به دلایل مختلفی اشاره می‌نمایند، به طور مثال اشاره می‌کنند که احتمال زنده ماندن برخی از افراد در حال مرگ وجود دارد و ما می‌توانیم با اقدام به احیا، جان ایشان را نجات دهیم. یا دست به تعبیری از وظایف پزشکی در قبال بیمار در حال مرگ می‌زنند که تنها به معنی بازگرداندن بیمار به حیات فعلی در هر شرایط و وضعیتی است. در زمینه بی‌توجهی به منابع و شرایط منطقه‌ای تذکر در زمینه اهمیت تخصیص منابع ضروریست. افزایش انتظارات عمومی، افزایش تعداد بیماران قابل درمان و تکنولوژی‌های تازه و گران‌قیمت از یک طرف و بودجه‌های کاملاً محدود بهداشتی درمانی، کمبودهای منطقه‌ای و اولویت‌های متفاوت دولت‌ها از سوی دیگر اهمیت ایجاد یک تعادل بین منابع و نیازها را روشن می‌کنند.

هدف نهایی گروه پزشکی ارائه بهترین مراقبت‌ها به بیماران با تحمیل کمترین هزینه به سیستم و بهره‌وری بالاست. راه رسیدن به این هدف تخصیص منابع به صورت عاقلانه و براساس شرایط ویژه بیمار است. در این زمینه توصیه‌های زیر می‌تواند مفید باشد (۱۹):

۱. انتخاب روش‌های درمانی سودمند و استاندارد
 ۲. به حداقل رساندن استفاده از آزمایشات و درمان‌های حاشیه‌ای و غیرضروری
 ۳. یافتن روش‌های تشخیصی و درمانی که با کمترین هزینه بهترین نتیجه را به دست دهند
 ۴. حمایت کامل از بیمار
 ۵. حل عادلانه مشکلات مربوط به منابع نادر و کمیاب براساس معیارهای اخلاقی مرتبط
 ۶. مطلع نمودن بیمار از کمبودهای موجود با روشی منطقی و عاطفی
- هر مورد احیای بی‌مورد علاوه بر ایجاد صدمات روانی به تیم احیا (احساس بیهودگی در بین اعضا تیم) و همراهان بیمار، منجر به هزینه‌های مادی (در حال حاضر هر مورد احیا در ایران حدود ۱۵۰ هزار تومان هزینه دارد) نیز می‌شود.
- بحث در مورد دستور عدم احیا حتی در ادبیات کشورها و در قالب واژگان نیز تسری یافته است و در حال حاضر واژه مناسب‌تر «اجازه مرگ طبیعی دهید» در حال جایگزینی است. عبارت DNR با توجه به منطقه‌ای که این عبارت به کار می‌رود، دستخوش تغییر قرار می‌گیرد. DNR به معنی «احیا نکنید» است که به‌طور مشترک در ایالات متحده و بریتانیا استفاده می‌شود. در برخی از مناطق یک حرف A به این علامت اختصاری افزوده شده به این صورت که DNAR ذکر می‌شود به معنی «تلاشی برای احیا انجام ندهید». این عبارت موجب می‌شود که

خانواده بیماران و بیمار از فرض اینکه عملیات احیا می‌توانست موفق باشد خودداری کنند. از آنجایی که عبارت DNR اشاره به حذف یک عمل دارد بنابراین این معنایی چون «صرفنظر کنید» را متبادر می‌کند بنابراین برخی عبارت «اجازه مرگ طبیعی بدهید» AND را توصیه می‌کنند. تا همین اواخر در بریتانیا رایج بود که از عبارت «با ۲۲۲ تماس نگیرید» استفاده کنند. این عبارت به طور مجازی اشاره به این دستور داشت که احیا نکنید. چون ۲۲۲ شماره تلفن تماس برای مراقبت‌های اورژانس و عملیات احیا می‌باشد (۱۳).

در حال حاضر براساس منابع معتبر در موارد زیر می‌توان بحث دستور عدم احیا را با بیمار یا جانشینان بیمار مطرح کرد (۲۲، ۲۳، ۲۴، ۱۷، ۱۶، ۱۵، ۱۴، ۷، ۲۲):

۱. بیمار مبتلا به کانسر غیرقابل درمان و متاستاتیک.
۲. بیمار مبتلا به ذات‌الریه شدید. (پنومونی همراه با داشتن یکی از کرایتریاهای نارسایی تنفسی، علائم رادیوگرافیک خاص، اختلال همودینامیک)
۳. بیمار با Acute Stroke وسیع یا سکته مغزی حاد. (بیمار در حالت کما بدون پاسخ به تحریکات دردناک یا ایجاد حالت دسربره یا دکورتی که در برابر تحریکات که بیش از ۲۴ ساعت طول کشیده باشد)
۴. بیمار دچار شوک سپتی سمی (Sepsis). (افت شدید فشار خون در آلودگی میکروبی با کشت خون مثبت)

در این ۴ مورد احتمال بقا ۰ درصد می‌باشد.

در موارد زیر احتمال بقا محدود است:

۱. بیمار بالای ۷۰ سال، با نارسایی کامل یک ارگان. (۴ درصد)
۲. بیمار با نارسایی همزمان چند ارگان. (نارسایی ارگان‌های حیاتی نظیر ریه، قلب، کلیه، کبد یا مغز)

۳. بیمار با سوختگی بالای ۷۰ درصد.

۴. بیماران ایدزی. (۲ درصد)

۵. بیماران زمینگیر. (۴ درصد) (بیمارانی که به علت شرایط جسمی خود نمی‌توانند از خانه بیرون بیایند و برای مراقبت نیاز به کمک دائمی از طرف دیگران دارند)

۶. بیماران با افت شدید فشار خون. (۲ درصد) (فشار خون سیستولیک زیر ۵۰) متأسفانه در مورد دستور عدم احیا در ایران بسیار کم کار شده است و تاکنون فقط دو مطالعه در این رابطه صورت گرفته است. در مطالعه اول محققین تلاش کرده‌اند میزان صحت اندیکاسیون‌های دستور عدم احیا را به صورت گذشته‌نگر بررسی کنند و در مطالعه دوم محققین نظرات بیماران و خانواده آنها را در مورد دستور عدم احیا مورد سؤال قرار داده‌اند.

مطالعه موردی ۱: (افشین فرهانچی، فرشته عبدالملکی، سارا پهلوان، خسرو مانی کاشانی، بررسی فراوانی موارد احیا غیرلازم در سطح بیمارستان‌های آموزشی شهر همدان در طول یک سال، کنگره کشوری اخلاق پزشکی کاربردی، ۱۳۸۵) (۲۰)

در این مطالعه که در سال ۱۳۸۳ در بیمارستان‌های شهر همدان (به جز اتاق‌های عمل و ICU) انجام شده است، تمام موارد CPR انجام شده در طول یک سال وارد مطالعه شدند که بالغ بر ۹۰۹ مورد شد. موارد منطبق با دستور (DNR) طبق استاندارد معلوم گردید. از مجموع ۹۰۹ بیمار مورد بررسی در مطالعه، ۵۶۵ بیمار (۶۲/۲٪) مرد و ۳۴۴ بیمار (۳۷/۸٪) زن بودند. در این میان، ۵۹۶ بیمار (۶۵/۶٪) در گروه سنی ۱۶ تا ۷۰ سال، ۲۸۶ بیمار (۳۱/۵٪) در گروه سنی بالای ۷۰ سال و ۲۷ بیمار (۳٪) در گروه سنی ۱۲ تا ۱۵ سال قرار داشتند (جدول ۲). میانگین سنی این بیماران، $57/92 \pm 20/6$ سال بود.

میزان موارد احیای غیرلازم (DNR) برحسب شاخص‌های اعلام شده، ۳۱۲ مورد (۳۴/۳٪) بود (نمودار ۱). بیشترین موارد احیای غیرلازم، در بیماران با Acute Stroke با ۳۳/۷ درصد و بعد از آن در بیماران بالای ۷۰ سال با نارسایی کامل یک ارگان و بیماران با نارسایی همزمان چند ارگان به ترتیب با ۲۰/۲ درصد و ۱۸/۹ درصد بود. کمترین موارد احیای غیرلازم در بیماران با کانسر غیرقابل درمان با ۳/۲ درصد بود (جدول ۱). بیشترین موارد احیای غیرلازم با ۵۲/۴ درصد، در گروه سنی بالای ۷۰ سال بود (جدول ۲).

میزان موفقیت CPR های انجام شده در کل ۱۰/۵ درصد بود. اما در صورت حذف موارد با اندیکاسیون عدم احیا از ۵۹۷ مورد احیای ضروری، ۹۵ مورد (۱۵/۹٪) با موفقیت همراه بود و از ۳۱۲ مورد احیای غیرلازم، موفقیت عملیات احیا در هیچ موردی دیده نشد و کلیه موارد با عدم موفقیت (مرگ بیماران) همراه بود (جدول ۳).

از بین ۹۰۹ مورد بیمار احیا شده با توجه به پارامترهای در نظر گرفته شده تعداد ۳۱۲ بیمار شامل دستور عدم احیا می‌شدند. این اندیکاسیون‌ها براساس منابع مکتوب موجود تدوین شده بودند و در عمل مشخص گردید که بعد از انجام احیا هیچکدام از این ۳۱۲ بیمار زنده نمانده‌اند و نهایتاً فوت کردند. این حالت نشان داد که اندیکاسیون‌های در نظر گرفته شده واقعاً صحیح بوده‌اند و حتی یک مورد خلاف این حالت دیده نشد. با توجه به شیوه مطالعه صورت گرفته، تمام بیماران احیا شده در مدت فوق‌الذکر بعد از پایان احیا و بدون توجه به نتیجه احیا و براساس پرونده‌ها مورد بررسی قرار گرفته و مشخص گردید که ۳۱۲ مورد قابل انطباق با دستور عدم احیا است.

مطالعه موردی ۲: (بهزاد صابری، محمود منجمی، بررسی جنبه‌های اخلاقی احیای بیمار سرطانی در مراحل پایانی بیماری، دومین کنگره اخلاق پزشکی ایران، ۱۳۸۷) (۲۱)

محققان در این مطالعه موردی، ۳۰ بیمار سرطانی را مورد بررسی قرار داده‌اند. از کل بیماران، ۱۲ نفر مبتلا به سرطان پانکراس، ۸ نفر مبتلا به سرطان خون، ۵ نفر مبتلا به سرطان سیستم اعصاب مرکزی و ۵ نفر مبتلا به سرطان معده بودند. پس از طرح مسأله، از اطرافیان بیماران و در ۴ مورد از خود بیماران خواسته شد تا نظرشان را در مورد مسأله احیا در مراحل انتهایی بیماری بیان کنند. از میان کل بیماران، خانواده ۲۶ بیمار و ۲ نفر از خود بیماران به صراحت بیان نمودند که خواستار انجام عمل احیا در هر شرایط و به هر شکل هستند و تنها ۲ بیمار (که هر دو پزشک بودند) رضایت دادند که پزشکان معالج در مورد آن‌ها تصمیم بگیرند.

نتیجه گیری

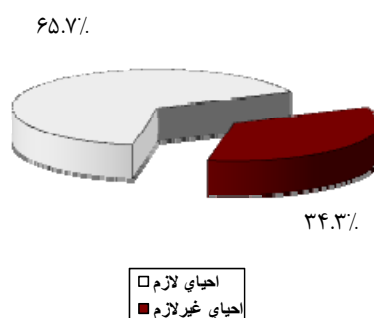
در زمینه انجام وظیفه پزشک در قبال بیمار در حال مرگ باید گفت در طی دهه‌های اخیر یکی از مهمترین مسائلی که در محافل علمی و پزشکی مطرح گردید این است که زندگی امروز بشر را دیگر نباید تنها با فعالیت ارگان‌های حیاتی وی و انجام کارهای روزمره‌اش تعریف نمود بلکه باید او را شایسته برخورداری از سطحی از کیفیت زندگی دانست که ضمن حفظ حیاتش توفیق دستیابی به کرامت و خودمختاری لازم را نیز پیدا کند. در این راستا اکثریت روان‌شناسان دست به ارزیابی و سنجش سطوح کیفیت زندگی افراد در شرایط و سنین مختلف زده‌اند و شاخص‌های دقیقی را نیز برای این سنجش تعیین کرده‌اند. به طوری که امروزه کارشناسان و صاحب‌نظران حوزه روانشناسی درصدد ارائه راهکارهای عملی برای ارتقای کیفیت زندگی در افراد سالم و همین‌طور بیماران هستند و استانداردهای خدمات بهداشتی و درمانی را در راستای افزایش کیفیت زندگی تنظیم و تدوین نموده‌اند. با توجه به اهمیت کرامت انسانی و لزوم رعایت اصل خودمختاری بیمار و نگاهی دقیق‌تر به خدمات پزشکی درمی‌یابیم که خودداری از اقدامات لازم جهت بازگرداندن حیات بیماری که طبق استانداردها و موازین حقوقی مشمول دستورالعمل عدم احیا می‌باشد می‌تواند به عنوان یک انتخاب اخلاقی محسوب گردد و باید قوانین مربوط به آن در ایران هر چه سریع‌تر به کمک پزشکان و حقوقدانان تهیه گردد.

نهایتاً با توجه به نتایج به دست آمده و با توجه به اینکه انجام عملیات احیا مشابه سایر درمان‌ها دارای اندیکاسیون‌های خاص می‌باشد، لازم است توجه بیشتری به اندیکاسیون‌های احیا و نحوه ختم آن در بیمارستان‌ها گردد و عملیات احیا فقط در موارد لزوم و با توجه به نیاز بیماران صورت گیرد.

در این رابطه لازم است هر چه سریع‌تر کمیته‌های اخلاقی در بیمارستان‌ها تشکیل گردد و موارد دقیق دستورات احیا را مشخص نماید تا از این پس در سطح بیمارستان‌های منطقه به کار گرفته شوند و تیم‌های احیا مطابق با این برنامه، مدیریت احیا را سامان دهند.

از سوی دیگر پیشنهاد می‌گردد، فرایند بررسی صلاحیت بیماران، تصمیم‌گیری توسط فرد جایگزین، اخذ رضایت بیماران و نقش پزشکی قانونی در مراکز ارائه خدمات بهداشتی و درمانی مورد توجه کافی قرار گیرد.

نمودار ۱: فراوانی موارد احیا در بیماران تحت CPR در بیمارستان‌های شهر همدان



جدول ۱: توزیع فراوانی علل موارد احیای غیر لازم در بیماران تحت CPR در بیمارستان‌های شهر همدان

تعداد موارد احیای غیر لازم (درصد)	علل احیای غیر لازم (DNR)
۱۰۵ (۳۳/۷)	بیماران با Acute Stroke
۶۳ (۲۰/۲)	بیماران بالای ۷۰ سال با نارسایی کامل یک ارگان
۵۹ (۱۸/۹)	بیماران با نارسایی همزمان چند ارگان
۲۷ (۸/۷)	بیماران مبتلا به سپتی‌سمی (Sepsis)
۲۵ (۸)	بیماران مبتلا به کانسر با متاستاز دوردست
۲۳ (۷/۴)	بیماران با سوختگی بالای ۷۰ درصد
۱۰ (۳/۲)	بیماران با کانسر غیر قابل درمان
۳۱۲ (۱۰۰)	جمع

جدول ۲: فراوانی موارد احیای غیرلازم نسبت به کل CPR های انجام شده، برحسب سن

موارد احیای انجام شده	گروه سنی ۱۲ تا ۱۵ سال تعداد (درصد)	گروه سنی ۱۶ تا ۷۰ سال تعداد (درصد)	گروه سنی بالای ۷۰ سال تعداد (درصد)	جمع تعداد (درصد)
موارد احیای لازم	۲۴ (۸۸/۹)	۴۳۷ (۷۳/۳)	۱۳۶ (۴۷/۶)	۵۹۷ (۶۵/۷)
موارد احیای غیر لازم	۳ (۱۱/۱)	۱۵۹ (۲۶/۷)	۱۵۰ (۵۲/۴)	۳۱۲ (۳۴/۳)
کل موارد احیا	۲۷ (۱۰۰)	۵۹۶ (۱۰۰)	۲۸۶ (۱۰۰)	۹۰۹ (۱۰۰)

جدول ۳: توزیع فراوانی موفقیت احیا، در بیماران تحت CPR در بیمارستان‌های شهر همدان

موارد احیای انجام شده	موفقیت احیا (ترخیص)	عدم موفقیت (مرگ)	جمع تعداد (درصد)
موارد احیای لازم	۹۵ (۱۵/۹)	۵۰۲ (۸۴/۱)	۵۹۷ (۱۰۰)
موارد احیای غیر لازم	۰	۳۱۲ (۱۰۰)	۳۱۲ (۱۰۰)
کل موارد احیا	۹۵ (۱۰/۵)	۸۱۴ (۸۹/۵)	۹۰۹ (۱۰۰)

فهرست منابع

- ر. ولف، هنریک؛ آندر پدرسون، استیگ؛ رین، روزنبرگ. (۱۳۸۰). *درآمدی بر فلسفه طب*. (مترجم: همایون مصلحی). انتشارات طرح نو.
- Jonathan M Breslin, Susan K MacRae, Jennifer Bell and Peter A Singer Top 10 health care ethics challenges facing the public: views of Toronto bioethicists, University of Toronto Joint Centre for Bioethics Clinical Ethics Group, *BMC Medical Ethics* 2005.
- لاریجانی، باقر؛ زاهدی، فرزانه؛ توکلی بزاز، جواد؛ پارساپور، علیرضا. (۱۳۸۶). مباحث اخلاقی خاتمه حیات از منظر ادیان. *مجله دیابت و لیپید ایران ویژه نامه اخلاق پزشکی*.
- Steven M Yentis, Nicholas P Hirsch, Gary B Smith; *Anaesthesia and intensive care*; 3rd edition; BUTTERWORTH & HEINEMANN; 2004.
- Nina Garas Steven Z. Pantilat, *CARDIOPULMONARY REUSOSITATION*; Chapter 49. *Advance Planning For End-of-Life Care*; 2000.
- وایتلی، سایمون و همکاران. (۱۳۸۰). (مترجمین: ناصر همتی و همکاران). *مراقبت‌های ویژه در ICU*. انتشارات بشری.
- کامینز، ریچارد. (۱۳۷۷). (مترجمین: هدایت الله الیاسی، سعید مالک). *عملیات احیا قلبی ریوی پیشرفته و جلوگیری از مرگ‌های ناگهانی*.
- Jackson, Stephen; Van Norman, Gail: *Goals and Values-directed Approach to Informed Consent in the "DNR" Patient Presenting for Surgery: More Demanding of the Anesthesiologist?* *Anesthesiology: Volume 90(1)* 1999.

- Truog, Robert; Waisel, David; Burns, Jeffrey: DNR in the OR: A Goal-directed Approach: Anesthesiology: Volume 90(1) 1999.
- Kurent J.; Death and Dying in America: The need to improve End-of-Life Care Carolina Healthcare Business; 2000.
- Emanuel EJ. Cost savings at the end of life. What do the data show? JAMA 1996; 275:1907-14.
- درودیان، محمدرضا. (۱۳۸۲). یادنامه پیتر سافار. مجله انجمن آنستزیولوژی و مراقبت‌های ویژه ایران. <http://en.wikipedi.org/wiki/do-not-resuscitation/>
- Do Not Resuscitate Orders; GUIDELINES FOR PHYSICIANS; Medical Society of New Jersey; 1997.
- Chu W, Hynes-Gay P; The influence of DNR orders on patient care in adult ICUs; Dynamics; 2002 winter; 13(4).
- Faris M.; Clinical estimation of survival and impact of other prognostic factors of terminal ill cancer patients in Oman; Support care center; 2003 Jan 11(1).
- Alexander AV & et al. Do Not Resuscitate order in acute stroke. Neurology, 1995 Apr, 45 (4).
- میلر، رونالد. (۱۳۸۷). اصول بیهوشی میلر. (ترجمه: امید مرادی مقدم، رضا شهرامی) انتشارات رفیع.
- لاریجانی، باقر؛ جعفریان، علی؛ کاظمیان، علی؛ صدرحسینی، موسی. پزشک و ملاحظات اخلاقی. (۱۳۸۳).
- فرهانچی، افشین؛ عبدالملکی، فرشته؛ پهلوان، سارا؛ مانی کاشانی، خسرو. (۱۳۸۵). بررسی فراوانی موارد احیا غیر لازم در سطح بیمارستان های آموزشی شهر همدان در طول یک سال. کنگره کشوری اخلاق پزشکی کاربردی.
- صابری، بهزاد؛ منجمی، محمود. (۱۳۸۷). بررسی جنبه‌های اخلاقی احیا بیمار سرطانی در مراحل پایانی بیماری. دومین کنگره اخلاق پزشکی ایران.
- <http://depts.washington.edu/bioethx/topics/dnr.html#nobene>
- Ropper A, Daryl G, Diring M et al. Neurological and Neurosurgical Intensive Care. 4th ed. USA: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.
- Santiago ewig & et al ,Severe Community-acquired Pneumonia, Am. J. Respir. Crit. Care Med., Volume 158, Number 4,October 1998.

یادداشت شناسه مؤلف

افشین فرهانچی؛ استادیار رشته بیهوشی و مراقبت‌های ویژه، مدرس اخلاق پزشکی و حرفه‌ای

نشانی الکترونیکی: farhanchi@umsha.ac.ir

زهره رحیمی، کارشناس ارشد روانشناسی عمومی

میسور بعلبکی، استادیار رشته بیهوشی و مراقبت‌های ویژه

تاریخ وصول مقاله: ۱۳۹۰/۲/۲۱

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۳/۱۶