



راهنمای بالینی برخورد با مسائل قانونی در مراقبتهای تسکینی حمایتی

دکتر سهیلا سادات واقفی

متخصص پزشکی قانونی بیمارستان کودکان مفید

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

دکتر محمدعلی امام هادی

متخصص پزشکی قانونی بیمارستان شهدای تجریش

دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

دکتر فرنوش داوری

متخصص پزشکی قانونی بیمارستان طالقانی

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی



به نام خدا

راهنمای بالینی برخورد با مسائل قانونی در مراقبت‌های تسکینی حمایتی

تدوین:

دکتر سهیلا سادات واقفی

متخصص پزشکی قانونی بیمارستان کودکان مفید

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

دکتر محمدعلی امام هادی

متخصص پزشکی قانونی بیمارستان شهدای تجریش

دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

دکتر فرنوش داوری

متخصص پزشکی قانونی بیمارستان طالقانی

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

دستور تلفنی¹

در این دستورالعمل، دستور تلفنی در زمانی که فرد گیرنده خدمت قادر به حضور در مرکز درمانی نیست، قابل پذیرش است. ارتباط تلفنی غیر موثر ممکن است منجر به خطا شود. این قبیل خطاها به سادگی با انجام تکنیک های تعریف شده قابل پیشگیری است. این تکنیک ها با به اشتراک گذاشتن اطلاعات دقیق و مرتبط، بهبود مدیریت زمان و کمک به شنونده فعال بودن باعث کاهش وقوع خطا می شود. [1]

• تکنیک های مورد نیاز برای دستور تلفنی

1. تکنیک ISBARR

ابزار ارتباطی ساختار یافته در جهت فرموله کردن اطلاعات مرتبط با بیمار است و از حذف اطلاعات مهم و مؤثر پیشگیری می کند.

I. Introduction: معرفی بیمار (توسط خود بیمار یا نماینده بیمار با ارائه کد اختصاصی)

II. Situation: مطرح نمودن مشکل به طور خلاصه (مشکل چیست؛ از چه زمانی شروع شده است و با چه عواملی تشدید می شود)

III. Background: تاریخچه بیماری زمینه ای، لیستی از وضعیت دارویی، نتایج آزمایشگاهی، علائم حیاتی و ...

IV. Assessment: شرایط فعلی بیمار میزان وخامت حال بیمار و علائم حیاتی فعلی

V. Recommendation: پیشنهاد برای اقدامات بعدی کادر درمان با توجه به شرایط بیمار

VI. Read back: بازخوانی اطلاعات و اطمینان از این که اطلاعات به درستی و وضوح درک شده است.

¹ tele order

2. تکنیک بررسی مجدد²

تکنیکی ساده برای حصول اطمینان از فهمیدن اطلاعات ارسالی از سوی فرستنده توسط دریافت کننده پیام است.

I. فرستنده پیام را آغاز می کند.

II. دریافت کننده، پیام را پذیرش کرده و بازخورد می دهد.

III. فرستنده دوباره مرور می کند تا مطمئن شود، پیام به درستی درک شده است.

• نکات

1. آموزش تکنیک های دستور تلفنی به بیمار، نماینده وی و کادر درمان پاسخگو
2. لزوم ثبت کلیه ارتباطات تلفنی در پرونده بیمار و مهر و امضاء آن توسط پزشک معالج
3. لزوم ثبت و ضبط کلیه مکالمات در پرونده بیمار
4. ارسال دستورات پزشک/کد رهگیری نسخه الکترونیک به تلفن همراه بیمار و نماینده وی
5. در صورت ثبت نسخه دارویی، دستور آزمایش/ تصویربرداری، فایل نسخه الکترونیک/ کد رهگیری در پرونده ثبت شود.
6. توصیه می شود، خطاهای مرتبط با دستور تلفنی در کمیته مرتبط مطرح و مدیریت شوند. [1]

رضایت و براءت

تعریف کلید واژه

کودک: از نظر قانونی افراد کمتر از 18 سال تمام، صغیر محسوب شده، و تصمیم گیری ایشان جهت امور درمانی / تشخیصی بر عهده ولی قانونی می‌باشد.

فرد بزرگسال: همه افراد بالای 18 سال که ظرفیت تصمیم گیری در امور درمانی خود را دارند.

ولی قانونی: ولی بیمار اعم از ولی خاص است، مانند پدر، و ولی عام که مقام معظم رهبری است. در مورد فقدان یا عدم دسترسی به ولی خاص رئیس قوه قضائیه با استیذان از مقام معظم رهبری، و تفویض اختیار به دادستان‌های مربوطه به اعطای براءت به طبیب اقدام می‌نماید. [3] [2]

ظرفیت تصمیم گیری: توانایی بیمار یا ولی قانونی وی برای درک اطلاعات مربوط به بیماری و درک سود و زیان اقدام درمانی
رضایت آگاهانه: رضایت به معنی اجازه دادن بیمار به طبیب است که اقدام درمانی برای بیمار انجام پذیرد. در رضایت آگاهانه وجود پنج شرط الزامی است.

1. ارائه اطلاعات به بیمار توسط پزشک معالج با زبان ساده و قابل درک
2. درک بیمار از اطلاعات
3. صلاحیت تصمیم گیری بیمار: مطابق ماده 495 قانون مجازات اسلامی صلاحیت تصمیم گیری افراد زیر 18 سال بر عهده ولی قانونی بیمار می‌باشد. در افراد بالای 18 سال نیز که به هر دلیلی قوای ذهنی بیمار مختل شده باشد (نظیر: عقب ماندگی ذهنی، کاهش هوشیاری، ...) مانند افراد کمتر از 18 سال از نظر قانونی برخوردار می‌شود.
- تبصره: در افراد بالای 18 سال که قوای ذهنی به صورت دائمی مختل شده است، ظرفیت تصمیم گیری بر عهده قیم بیمار می‌باشد که با نامه قضایی و از طریق دادنامه معرفی می‌گردد.
4. رضایت نامه صریح یا ضمنی (شفاهی یا مکتوب)
5. داوطلبانه بودن رضایت به دور از اکراه یا اجبار بیمار برای درمان [2]

برائت: بیان عوارض اقدام تشخیصی یا درمانی با زبان ساده توسط پزشک معالج به بیمار. [3]

رضایت تلویحی / ضمنی / شفاهی: در اکثر موارد اقدامات تشخیصی یا درمانی رضایت شفاهی بیمار/ ولی قانونی برای شروع درمان کافیهست. مراجعه بیمار به پزشک به معنای رضایت بیمار برای ویزیت و شروع درمان است، و نیازی به اعلام شفاهی بیمار نیست، مگر در موارد معاینه نواحی خاص بدن (مانند پرینه)، که در این موارد گرچه نیاز به اخذ رضایت مکتوب وجود ندارد، ولی بهتر است شخص ثالثی (در کودکان، ترجیحاً مادر یا پدر) نیز هنگام معاینه حضور داشته باشد.

در کودکان دختر با توجه به مسائل فرهنگی رعایت این نکته، در پیشگیری از هر گونه شکایت مبنی بر احتمال آسیب به هایمن هنگام معاینه، بسیار کمک کننده خواهد بود.

رضایت کتبی: در همه پروسیجرهای تهاجمی و همچنین هنگام بستری بیمار در بیمارستان، رضایت نامه مکتوب لازم است.

[2]

رضایت و برائت در مراقبت‌های حمایتی - تسکینی

در مراقبت‌های حمایتی - تسکینی، پزشک با بیماران مزمنی مواجه است، که اغلب خانواده آن‌ها تمایل دارند بیمار نسبت به بیماری خود اطلاع نداشته باشد تا از یأس و رنج روحی بیمار بکاهند، و این امر مهم‌ترین علت تفاوت اخذ رضایت نسبت به سایر بیماری‌ها میباشد. [4]

در بیمار بزرگسال؛ زمانی که بیماری واجد شرایط درمان در مراکز مراقبت‌های حمایتی - تسکینی بستری می‌شود، باید یک نماینده از طرف خود معرفی نماید، تا زمانی که ظرفیت تصمیم‌گیری بیمار به هر دلیل (اختلال هوشیاری، اضطراب بسیار شدید، افسردگی شدید و احساس پوچی ادامه درمان...) مختل شد، نماینده بیمار با داشتن کلیه اختیارات انجام درمان، به جای بیمار تصمیم‌گیری نماید. نماینده می‌تواند یکی از اعضای خانواده یا حتی از دوستان و نزدیکان بیمار بسته به صلاحدید بیمار و شرایط زندگی وی، باشد. نماینده بیمار، در شرایطی که بیمار ظرفیت تصمیم‌گیری دارد، لازم است از طریق دفتر اسناد رسمی

ثبت و به مرکز مراقبت حمایتی تسکینی معرفی گردد. ارزیابی و بررسی توانایی ظرفیت تصمیم گیری بیمار، توسط متخصص پزشکی قانونی و با آزمون‌هایی که به این منظور طراحی شده است (نظیر MMSE)، به تأیید می‌رسد.

در کودکان؛ تصمیم گیرنده، ولی قانونی بیمار است که همانگونه که پیشتر اشاره شد، پدر یا جد پدری، به عنوان ولی قانونی محسوب می‌گردند. [3]

در بیماری که شرایط تهدید کننده حیات، و خطر فوت قریب الوقوع یا ایجاد عارضه غیرقابل برگشت دارد، اخذ رضایت و براءت از خود بیمار یا ولی قانونی یا نماینده لازم نیست، و باید پزشک در اسرع وقت اقدام به درمان کند، گر چه آن اقدام درمانی منجر به فوت بیمار گردد. [3]

در بیماران مزمنی که یک اقدام درمانی به صورت دوره‌ای و مداوم لازم است برای بیمار انجام پذیرد، (نظیر شیمی درمانی یا دیالیز) اخذ یک بار رضایت به صورت سالیانه، مشروط بر عدم تغییر شرایط بیماری و ظرفیت تصمیم گیری در طول یک سال، کافیست. [2]

در بیماران مزمنی که مدت طولانی وابسته به ونتیلاتور بوده‌اند، فرآیند جدا کردن بیمار از دستگاه ونتیلاتور هنگام بهبود نسبی شرایط تنفسی بیمار، می‌تواند برای بیمار و خانواده وی به علت ترس از دست دادن جان بیمار، بسیار مخاطره انگیز باشد، و با نارضایتی باعث ایجاد اختلال و اغتشاش در فرآیند جدا کردن بیمار از دستگاه ونتیلاتور شوند. در اینگونه موارد، که بیشتر در بیماران بستری در هاسپیس محتمل است، مداخله تیم رواندرمانی برای بیمار و خانواده وی، و استفاده از داروی ضد اضطراب، بدون اخذ رضایت، برای بهبود فرآیند فوق الذکر ضروری است. [4]

از نظر قانونی و اخلاقی ترک مراقبت‌های حمایتی در بیماران مزمن، توسط پزشک ممنوع است. شایع‌ترین علت ترک مراقبت‌های تسکینی - حمایتی بیماران، ایجاد حس بی‌هدفی ادامه حیات و درمان، در بیمار یا خانواده وی است. در این شرایط ممکن است بیمار/ نماینده وی عدم رضایت خود را برای ادامه مراقبت‌های تسکینی حمایتی اعلام نماید. [4] برای اطمینان از عدم وجود حس بی‌هدفی، ابتدا از تیم رواندرمانگر می‌خواهیم تا بررسی‌های لازم را انجام و در صورت لزوم مداخله نمایند، سپس در صورت تأیید روانپزشک جهت امکان ترخیص، و عدم نیاز به مداخله درمانی اورژانس برای بیمار، ترخیص بیمار با رضایت شخصی وی از نظر قانونی بلامانع می‌باشد.

همچنین در بیماران مزمن گاهی پزشک با شرایطی مواجه خواهد شد، که ادامه یا ترک درمان تفاوتی در وضعیت بیمار ایجاد نخواهد کرد. مانند توده مغزی پیشرفته متاستاتیک، که هر چند از نظر علمی اندیکاسیون جراحی دارد، ولی جراحی تفاوتی در طول عمر بیمار ایجاد نخواهد کرد، و حتی خطر بسیار بالای مرگ و میر حین جراحی بیمار را تهدید می‌کند. در این موارد پس از ارائه توضیحات لازم و کافی و اعلام فواید و عوارض روش‌های درمانی موجود به بیمار/ نماینده وی، تصمیم‌گیری ادامه درمان را بر عهده بیمار/ نماینده وی می‌گذاریم. شرایط اورژانس از این قاعده مستثنی می‌باشد و در شرایط اورژانسی حتی با خطر مرگ و میر بسیار بالا پزشک موظف به انجام مداخله درمانی است. [3]

اخذ رضایت جهت تراکتوستومی یا تعبیه PEG

در موارد اورژانس نیاز به اخذ رضایت از بیمار/ نماینده وی نیست و در صورت ایجاد اختلال در امور درمانی توسط همراهان بیمار، با توجه به مخاطره انداختن جان بیمار توسط همراهان، لازم است به مراجع ذیصلاح قانونی، شرایط فوق گزارش گردد. [3]

مرگ مغزی و چالش‌های قانونی مرتبط

هیأت وزیران در جلسه مورخ 1381.2.25 بنا به پیشنهاد شماره 3720 مورخ 1380.3.28 وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و در اجرای تبصره (3) ماده واحده قانون پیوند اعضای بیماران فوت شده و یا بیمارانی که مرگ مغزی آنان مسلم است (مصوب 1379.1.17) و رعایت هماهنگی با دستگاه‌های مقرر در تبصره یادشده، آیین‌نامه اجرایی قانون مذکور را به شرح ذیل تصویب نمود:

آیین‌نامه اجرایی قانون پیوند اعضای بیماران فوت شده یا بیمارانی که مرگ مغزی آنان مسلم است؛ [5]

ماده 1- مرگ مغزی عبارت است از قطع غیر قابل برگشت کلیه فعالیت‌های مغزی کورتیکال (قشر مغز)، ساب کورتیکال (لایه زیر قشر مغز) و ساقه مغزی به طور کامل.

ماده 2- تشخیص و تأیید مرگ مغزی بر اساس ضوابط این آیین‌نامه توسط چهار پزشک متشکل از یک متخصص نورولوژی، یک متخصص جراحی مغز و اعصاب، یک متخصص داخلی و یک متخصص بیهوشی صورت می‌گیرد.

تبصره 1- متخصصان فوق‌الذکر در هر یک از دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استانها که دارای بیمارستانهای مجهز باشند، توسط وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انتخاب و احکام آنان برای مدت چهار سال صادر خواهد شد.

تبصره 2- هر کدام از پزشکان صدر‌الذکر این ماده جداگانه بیمار را معاینه نموده، برگه مخصوص این امر را تکمیل، امضا و مهر می‌نمایند و در صورت اتفاق آراء، مرگ مغزی بیمار مسلم خواهد بود.

تبصره 3- تأیید پزشک قانونی در حیطه وظایف و مسؤولیتهای مربوط، در زیر برگه مخصوص - یادشده در تبصره (2) فوق - ضروری است.

تبصره 4 - برگه تعیین و تأیید مرگ مغزی توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهیه و در اختیار مراکز تشخیص دهنده مرگ مغزی قرار خواهد گرفت.

تبصره 5 - تشخیص قطعی مرگ مغزی باید در بیمارستانهای دانشگاهی دولتی انجام شود.

ماده 3- اعضای تیمهای تشخیص و تأیید مرگ مغزی نباید عضو تیمهای پیوندکننده باشند.

ماده 4 - کلیه بیمارستانهای کشور موظفند موارد وقوع مرگ مغزی را به مرکز مدیریت پیوند و بیماریهای خاص وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی گزارش دهند تا مراتب توسط تیم تشخیص دهنده مرگ مغزی تأیید گردد.

ماده 5 - پس از مشخص شدن مرگ مغزی، مراحل بعدی در صورت وصیت بیمار یا موافقت ولی میت انجام خواهد شد.

ماده 6 - وصیت بیمار در چارچوب قوانین مربوط می تواند به دو صورت کتبی یا شفاهی باشد و با اعلام کتبی یک نفر از وراثت قانونی قابل احراز است. در حالتی که اصل وصیتنامه در دسترس نباشد، از وراثت قانونی که وصیت نامبرده را مبنی بر اعطای عضو محرز بدانند، طبق برگه تهیه شده از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، باید صورتجلسه تنظیم و توسط افراد مطلع امضا شود.

ماده 7 - ولی میت همان وراثت کبیر قانونی می باشند که می توانند رضایت خود را مبنی بر پیوند اعضا اعلام نمایند. رضایت کلیه وراثت یادشده لازم است.

تبصره 1 - موافقت ولی میت باید کتبی صورت گیرد و در پرونده ضبط شود. تبصره 2 - احراز ولی میت باید براساس مدارک مثبت باشد.

ماده 8 - ایجاد هماهنگیهای لازم در اجرای این آیین نامه، به عهده مرکز مدیریت پیوند و بیماریهای خاص وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می باشد.

تبصره - انتخاب گیرندگان و اولویت بندی آنان جهت انجام پیوند، طبق برنامه تنظیمی و توسط مرکز فوق الذکر انجام خواهد شد.

ماده 9 - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای تأمین هزینه های مترتب بر امر پیوند اعضا، (هزینه های ICU، انتقال متوفی، تهیه وانتقال عضو و انجام عمل پیوند و همچنین انجام امور فرهنگی، پیشنهادات لازم را به سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور اعلام و سازمان مذکور نیز اعتبارات لازم را در هر سال تحت عنوان ردیفی خاص در قانون بودجه کل کشور پیش بینی می نماید.

ماده 10 - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در چارچوب قانون مربوط و این آیین‌نامه، سایر دستورالعمل‌های لازم را صادر و به مبادی ذی ربط ابلاغ خواهد نمود.

فردی که دچار مرگ مغزی شده تا زمانی که به دستگاه تنفس مصنوعی وصل است تنفس و ضربان قلب وی برقرار و به محض جدا نمودن فرد از دستگاه مذکور فعالیت قلب و تنفس وی قطع خواهد شد. با عنایت به مطالب فوق الذکر برای فردی که به دنبال تصادف و با تشخیص متخصصین و تأیید پزشکی قانونی دچار مرگ مغزی شده و اولیای دم وی نیز رضایت خود را نسبت به اهدای اعضاء وی اعلام نموده اند سؤالی مطرح است؛

در پاره ای از موارد که اولیاء دم قصد اهدای عضو از فرد مورد نظر را نداشته، لیکن نظر به اینکه بازگشت به حیات بیمارشان غیرممکن است و با توجه به هزینه های نگهداری بسیار بالا چنین بیمارانی تقاضای قطع دستگاه را مطرح می نمایند آیا این امر با رضایت اولیای دم امکان پذیر است؟

۱۳۹۳/۱۰/۲۳ - ۷/۹۳/۲۵۸۷ شماره نظریه

نظریه مشورتی اداره کل حقوقی قوه قضائیه

چنانچه مطابق تبصره ۱ ماده واحده قانون پیوند اعضای بیماران فوت شده یا بیمارانی که مرگ مغزی آنان مسلم است مصوب ۱۳۷۹ و تبصره ۳ ماده ۲ آئین نامه اجرائی قانون مذکور فوت، مسلم باشد، اجابت درخواست خانواده متوفی منع قانونی ندارد.

موارد کودک آزاری در مراقبت‌های تسکینی – حمایتی [6]

قانون حمایت از اطفال و نوجوانان

ماده ۱- اصطلاحات به کار رفته در این قانون، به شرح زیر تعریف می‌شود:

الف) **طفل:** هر فرد که به سن بلوغ شرعی نرسیده است.

ب) **نوجوان:** هر فرد زیر هجده سال کامل شمسی که به سن بلوغ شرعی رسیده است.

پ) **بی توجهی و سهل انگاری^۳:** کوتاهی در انجام تکالیفی از قبیل تأمین نیازهای اساسی و ضروری طفل و نوجوان یا وظایف مربوط به حضانت، ولایت، قیمومت، وصایت، سرپرستی، تربیت، نظارت یا مراقبت از آنان توسط والدین، اولیاء یا سرپرست قانونی یا هر شخصی که مکلف به آن است.

ت) **سوءرفتار:** هرگونه فعل یا ترک فعل عمدی که سلامت جسمی، روانی، اخلاقی یا اجتماعی طفل و نوجوان را در معرض خطر و آسیب قراردهد؛ از قبیل ضرب و جرح، محبوس کردن، سوءاستفاده جنسی، توهین یا تهدید نسبت به طفل یا نوجوان در صورتی که جنبه تأدیبی نداشته باشد یا قراردادن او در شرایط سخت و غیرمتعارف و یا خودداری از کمک به وی.

ث) **بهره کشی اقتصادی:** به کارگیری غیرقانونی طفل و نوجوان و یا وادار کردن یا گماردن او به کار یا خدمتی که از لحاظ جسمی، روانی، اخلاقی یا اجتماعی با نظر به وضعیت طفل و نوجوان برای وی مضر یا خطرناک باشد.

ج) **معامله:** خرید و فروش یا هرگونه اقدام غیرقانونی که به موجب آن طفل یا نوجوان در ازای پرداخت وجه یا امتیاز و سایر موارد در اختیار دیگری قرار می‌گیرد.

چ) **فحشاء:** هرگونه به کارگیری و یا وادار کردن طفل و نوجوان در فعالیت‌های جنسی برای خود یا دیگری.

³ neglect

ج) مبتذل: هرگونه محتوا یا تصویری که دارای صحنه یا صور قبیحه باشد.

خ) مستهجن: هرگونه محتوا اعم از صوتی یا تصویری که به صورت واقعی یا غیرواقعی بیانگر برهنگی کامل زن یا مرد- آمیزش- عمل جنسی یا اندام جنسی انسان است.

د) هرزه نگاری: تهیه و تولید هر اثری که محتوای آن بیانگر جذابیت جنسی طفل یا نوجوان مانند برهنگی، آمیزش، عمل جنسی یا اندام جنسی باشد.

ذ) خطر شدید و قریب الوقوع: وضعیتی که حیات یا سلامت جسمی یا روانی طفل و نوجوان به شدت تهدید و در معرض آسیب قرار گیرد، به نحوی که مداخله فوری و چاره‌جویی را ایجاب نماید.

ماده ۲- تمام افرادی که به سن هجده سال تمام شمسی نرسیده‌اند، مشمول این قانون می‌باشند.

ماده ۳- موارد زیر در صورتیکه طفل یا نوجوان را در معرض بزه دیدگی یا ورود آسیب به سلامت جسمی، روانی، اجتماعی، اخلاقی، امنیت و یا وضعیت آموزشی وی قرار دهد، وضعیت مخاطره آمیز محسوب شده و موجب مداخله و حمایت قانونی از طفل و نوجوان میشود:

الف) بی‌سرپرستی طفل و نوجوان و یا بی‌توجهی و سهل‌انگاری در انجام وظایف قانونی و شرعی نسبت به آنان از سوی هر شخصی که مکلف به آن است؛

ب) ابتلای هر یک از والدین، اولیاء یا سرپرستان قانونی به بیماری یا اختلالهای رفتاری، روانی یا شخصیتی و یا بیماری‌های جسمی واگیر صعب‌العلاج به تشخیص پزشکی قانونی؛

پ) زندانی شدن هر یک از والدین، اولیاء یا سرپرستان قانونی؛

ت) ابتلاء هر یک از والدین، اولیاء یا سرپرستان قانونی به اعتیادهای زیان‌آور نظیر مواد مخدر و روانگردان یا قمار؛

ث) قوادی و یا دائر یا اداره کردن مراکز فساد و فحشا توسط هر یک از والدین، اولیاء یا سرپرستان قانونی و یا اشتهار آنها به فساد اخلاق و فحشا؛

ج) خشونت مستمر والدین، اولیاء، سرپرستان قانونی و یا سایر اعضای خانواده نسبت به یکدیگر؛

چ) عدم اقدام برای ثبت واقعه ولادت یا عدم أخذ اسناد سجلی یا هویتی برای طفل یا نوجوان بدون عذر موجه؛

ح) بازماندن طفل و نوجوان از تحصیل؛

خ) طردشدن طفل و نوجوان از سوی خانواده؛

د) کم توانی جسمی یا ذهنی طفل و نوجوان، ابتلای وی به بیماریهای خاص یا اختلال هویت جنسی؛

ذ) نقض قوانین جزائی توسط طفل یا ارتکاب جرم توسط نوجوان و یا استفاده از آنها در فعالیتهای مجرمانه، واردشدن یا واردکردن طفل و نوجوان در فعالیتهایی نظیر تکدی‌گری و قاچاق و همچنین اعتیاد آنان به مواد مخدر، روانگردان یا مشروبات الکلی؛

ر) هرگونه وضعیت زیانبار ناشی از فقر شدید، آوارگی، پناهندگی، مهاجرت یا بی تابعیتی؛

ز) فرار مکرر از خانه یا مدرسه و ترک تحصیل از سوی طفل یا نوجوان؛

ژ) سوءرفتار نسبت به طفل و نوجوان و یا بهره‌کشی از او.

انواع کودک آزاری های محتمل در مراقبت های تسکینی حمایتی

در کودکانی که بیماری مزمن دارند، مواردی از کودک آزاری شایع تر مشاهده می شود، که شامل موارد ذیل می باشد؛

1) بی توجهی و سهل انگاری

شایع ترین مورد مشاهده شده در بیمارستان ها، عدم توجه کافی والدین به نحوه مراقبت و مراجعه به موقع، برای درمان کودک می باشد، که گاهی این مسئله منجر به عوارض جبران ناپذیر برای بیمار خواهد شد. از آن جا که درمان کودکان کاملاً به مراجعه و توالی پیگیری والدین وابسته است و به تنهایی توانایی انجام امور درمانی خود را ندارند، اهمیت این مسئله را دو چندان می نماید. به عنوان مثال، کودک مبتلا به دیابت که مکرراً با کتواسیدوز دیابتی مراجعه می نماید، یا کودک مبتلا به یکی از انواع کانسر که نیازمند تکمیل دوره کموتراپی می باشد و به موقع مراجعه ندارند، کودک مبتلا به نارسایی کلیوی که نیازمند دیالیز مداوم می باشد و هر بار با اختلال شدید الکترولیتی مراجعه می نماید، ...

در مواجهه پزشک با این موارد، مخصوصاً اگر بیش از یک بار اتفاق افتاده باشد، با توجه به مخاطره جانی شدید، لازم است فوراً مطابق قوانین والدین کودک مراجع ذیصلاح معرفی گردند.

نحوه اطلاع به مراجع قضایی: در صورتی که در مطب با موارد کودک آزاری مواجه شویم مستقیماً به اورژانس اجتماعی، در بیمارستان به واحد مددکاری و از آن طریق با اورژانس اجتماعی، و در درمانگاه به مسئول درمانگاه و از آن طریق به اورژانس اجتماعی اطلاع داده می شود.

در صورتی که پزشک ظن به وجود حس بیهودگی در ادامه درمان در والدین داشت، درخواست مشاوره روانپزشکی و مداخله تیم رواندرمانگر ضروری است.

2) سوء رفتار

در بیماری های مزمن کودکان، استرس ایجاد شده در طولانی مدت می تواند منجر به ایجاد اختلالات روانی در والدین شود، که این مسئله یکی از عوامل ایجاد سوء رفتار است. به عنوان مثال کودکان مبتلا به فلج مغزی، اوتیسم، ...

در این موارد اولین اقدام، درخواست مشاوره روانپزشکی میباشد، مگر آن که آسیب فیزیکی ایجاد شده در کودک آنقدر شدید و کشنده باشد (مانند هماتوم ساب دورال مغزی، پارگی کبد، ...) که فوراً مشابه مورد یک اقدام می‌گردد.

3) بهره‌کشی اقتصادی

این مورد از کودک آزاری، در بیمارستان معمولاً در بیماران مزمن که والدین وضعیت اجتماعی اقتصادی نامناسب دارند، محتمل است.

- مواردی که پزشک بیمار را ترخیص می‌کند، ولی والدین اصرار بر اقامت داخل بیمارستان دارند، مخصوصاً در بیمارانی که به هر نحو هزینه‌ای بابت دارو و اقامت در بیمارستان پرداخت نمی‌کنند (Munchhausen by proxy).
- در عدم بهبودی بیماران علی‌رغم تجویز دارو، باید به فکر بهره‌کشی اقتصادی باشیم، و فروش دارو توسط سرپرست بیمار باید مدنظر قرار گیرد.
- سوء استفاده از بیماری کودک جهت اخذ کمک مالی از خیرین

به محض ظن پزشک به موارد فوق، در اسرع وقت اطلاع به مددکاری اجتماعی و مراجع ذیصلاح ضروری است.

4) خطر شدید و قریب‌الوقوع

بیشترین مواجهه با این مورد بیمارانی که نیازمند اقدام درمانی اورژانس میباشند، ولی والدین بیمار اجازه مداخله درمانی را به هر دلیل نمی‌دهند. مثلاً بیماران نیازمند اینتوباسیون، اصرار بر ترخیص با رضایت شخصی در حالیکه بیمار نیازمند مداخله درمانی فوری میباشد، و ...

در این موارد اولین اقدام انجام مداخله درمانی جهت نجات جان بیمار و بدون اخذ رضایت از ولی قانونی میباشد، در صورتی که زمان کافی برای توضیح به والدین وجود دارد، از نظر اخلاقی و قانونی بهتر است دلیل فوریت مداخله با زبان ساده به ولی قانونی بیمار توضیح داده شود، و در صورت اطمینان از درک کامل اطلاعات ارائه شده، و مداومت ایجاد اختلال در امور درمانی، مداخله نیروی انتظامی، مددکار اجتماعی، ... و انجام مراحل قانونی معرفی به مراجع ذیصلاح به عنوان کودک آزاری انجام می‌پذیرد.

سوء مصرف داروها در پرسنل کادر درمان و بیماران

فرآیند تجویز، نسخه نویسی و دریافت داروی مخدر برای بیماران صعب‌العلاج براساس دستورالعمل‌های ابلاغی سازمان غذا و داروی کشور خواهد بود. کادر درمان باید در خصوص علائم سوء مصرف داروهای مخدر آگاهی کامل داشته و در معاینات دوره‌ای این مهم را در نظر داشته باشند. [7]

به غیر از داروهای مخدر، سوء مصرف دارودر داروهای گران‌قیمت و کمیاب نیز به اشکال دیگر نظیر فروش دارو و ... محتمل است. خصوصاً این امر در بیمارانی که علی‌رغم تجویز داروهای موثر و با دوز مکفی، بهبودی حاصل نمی‌شود، باید مدنظر قرار گیرد. در این بیماران (بویژه کودکان)، مقتضی است با ظن به کودک آزاری نسبت به اطلاع به مراجع ذیصلاح قضایی اقدام گردد. در بیماران بزرگسال نیز لازم است توسط واحد مددکاری بررسی و اقدام لازم انجام پذیرد.

اوتانازی و خودکشی به کمک پزشک [8] [4]

تعریف اوتانازی: کشتن بدون درد بیماری که یک بیماری صعب‌العلاج یا دردناک دارد (به درخواست بیمار) یا حتی در کمای غیرقابل برگشت (به درخواست ولی بیمار) است.

خودکشی به کمک پزشک: اقدام به خودکشی در بیماران صعب‌العلاج می‌تواند با کمک گرفتن از پزشک یا هر یک از افراد کادر درمان باشد.

در بیماران صعب‌العلاج افکار خودکشی ممکن است به علت حس بی‌په‌ودگی در درمان و ادامه زندگی ایجاد گردد. [9] همچنین در مراحل انتهایی حیات بیماران مخصوصاً در بیمارانی که در کمای عمیق هستند، ممکن است این حس بی‌په‌ودگی در ادامه درمان در پزشک یا سایر کادر درمان ایجاد گردد. در بسیاری از کشورها کمک به هر فرد جهت خودکشی جرم محسوب می‌گردد.

[10] اوتانازی به هر شکل از آن، قطع دستگاه ونتیلاتور حتی در کمای عمیق، و کمک به خودکشی در بیماران نیازمند مراقبت‌های تسکینی حمایتی در قوانین کشور ایران، جرم محسوب شده، و ممنوع می‌باشد. [3]

قطع کردن دستگاه ونتیلاتور فقط در مرگ مغزی و با رعایت قوانین مرتبط با آن، امکان‌پذیر است. [5]

عدم احیای قلبی ریوی

در بیمارانی که بهبودی یا حتی ادامه حیات آن‌ها از نظر علم پزشکی متصور نمی‌باشد، گاهی خانواده بیمار یا حتی خود پزشک ممکن است تصمیم به عدم احیای بیمار هنگام ایست قلبی تنفسی بگیرد. در مواردی ایجاد اختلال در امر احیا توسط خانواده بیمار مشاهده می‌شود. [11]

احیای بیماران با ایست قلبی تنفسی در هر مرحله‌ای از بیماری، امری ضروری و غیر قابل اجتناب است، و با توجه به آن که از اقدامات اورژانس علوم پزشکی محسوب می‌گردد، جهت انجام آن اخذ رضایت یا عدم رضایت اولیای دم، لازم نیست. طول مدت زمان احیای قلبی ریوی، بسته به شرایط بیمار و بیماری زمینه‌ای، بر اساس تصمیم‌گیری پزشک معالج است، و می‌تواند متغیر باشد. [2] [3]

پژوهش و مسائل قانونی و اخلاقی مرتبط

مانند سایر زمینه‌های علم پزشکی، پژوهش در بیماران نیازمند مراقبت‌های تسکینی حمایتی می‌تواند باعث توسعه درمان‌های جدید و استراتژی‌های درمانی جدید شود. [12]

اخذ رضایت از این بیماران/ ولی قانونی/ نماینده جهت ورود ایشان به پژوهش، و تأیید کمیته اخلاق در پژوهش ضروری است.

صدور جواز دفن

در صورت فوت این بیماران در مراکز مراقبت‌های تسکینی حمایتی یا خارج از آن، ایراد شبهات و مسائل قانونی مختلف از طرف خانواده متوفی، می‌تواند دامنگیر پزشک معالج و کادر درمان گردد. از جمله مسمومیت با اپیوم و آپنه، بی توجهی به بیمار⁴، ...

لذا نگارش جواز دفن باید با در نظر گرفتن همه جوانب قانونی صورت گیرد.

⁴ Neglect

References

- [1] "M. yavari,MD, KH. RahmaniMD, L. azimi, etc. tele order. Department of medical economic. Shahid Beheshti university of medical science. 2015".
- [2] "KH.rahmani, MD, M.A emamhadi, MD, S.S. vaghefi, MD, etc. protocol of inform consent. Deputy of treatment. Shahid Beheshti university of medical science. 2016."
- [3] "ghanoon mojazat eslami. 2013".
- [4] "P. Lesage.MD, R. portenoy, MD. Ethical challenges in care of patients with serious illness. V2N2,2001".
- [5] "brain death laws. parliment of islamic republic of iran. p1560. N1.2000."
- [6] "child abuse laws. parliment of the islamic republic of iran. 2020".
- [7] "Portenoy RK. Contemporary diagnosis and management of pain in oncology and AIDS patients. 3rd edition. Newtown, PA: Handbooks in Health Care Co.; 2000:43–5."
- [8] "Briarcliff Manor, NY: The Hastings Center; 1987. Meisel A. Legal myths about terminating life support. Arch Intern Med 1991; 151:1497-502."
- [9] "Truog RD, Brett AS, Frader J. The problem with futility. N Engl J Med 1992; 326:1560–63."
- [10] "Tomlinson T, Brody H. Futility and the ethics of resuscitation. JAMA 1990; 264:1276–80. Lo B. Unanswered questions about DNR orders. JAMA 1991; 265:1874–5."
- [11] "Annas GJ. The health care proxy and the living will. N Engl J Med 1991; 324:1210–3. The Hastings Center. Guidelines on the termination of life-sustaining treatment in the care of the dying."
- [12] "Appelbaum PS, Lidz CW, Meisel A. Informed consent. Legal theory and clinical practice. New York: Oxford University Press; 1987."