

سهل انگاری و بی مبالاتی: گزارشی در حیطه قصور مراقبت پزشکی و پرستاری

نویسندگان: آمنه مسعودی^۱، رضا جهانشاهی^۲، اکرم ثناگو^۳، لیلا جویباری^{۴*}

- ۱- دانشجوی کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران
- ۲- دانشجوی کارشناسی پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران
- ۳- دکترای آموزش پرستاری، دانشیار، مرکز تحقیقات پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران
- ۴- دکترای آموزش پرستاری، دانشیار، مرکز تحقیقات پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

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

چکیده

مقدمه: دقت، مهارت و پایبندی به اخلاق پزشکی حداقل انتظار بیمار از کادر درمان است و قصور در زمینه پزشکی به منزله کوتاهی در استانداردهای مراقبت‌های پزشکی می‌باشد که انجام ندادن آن موجب خسارت جانی و مالی برای بیمار می‌شود. منظور از بی‌مبالاتی، عملی است که باید برای بیمار انجام گیرد اما آن خدمت‌رسانی در نهایت صورت نگرفته باشد. هدف از گزارش این مورد اخلاقی، طرح مبحث بی‌مبالاتی و سهل انگاری در درمان و مراقبت از طریق معرفی یک مورد قصور درمانی-مراقبتی در بیمار بستری در بخش مراقبت‌های ویژه است.

گزارش مورد: بیمار آقای ۴۸ ساله کشاورز (راننده کمباین) بوده است که به دلیل خونریزی شدید از شریان بازویی دچار هایپوکسی مغزی و به مدت ۶ ماه کما می‌شود. برای باز ماندن راه هوایی از لوله تراکئوستومی و برای تغذیه از لوله بینی به معده (NGT) استفاده می‌شده است. با توجه به شرایط کما و علی رغم محدودیت استفاده از لوله گوارش (حداکثر ۴ هفته)، بیمار بعد از ۵۰ روز با لوله تراکئوستومی و لوله بینی به معده و سطح هوشیاری ۴ (از ۱۵) ترخیص شد. این امر سبب بروز مشکلات جسمی متعدد و عوارض ماندگار برای بیمار (پس از به هوش آمدن) و هزینه‌های متعدد درمانی برای خانواده وی گشت.

نتیجه گیری: موقعیت پزشکان و کادر درمان سبب می‌شود، سهل انگاری‌های به ظاهر کوچک، عواقب بزرگی برای بیماران و خانواده‌هایشان ایجاد کند. بی‌مبالاتی و سهل انگاری برای بیمارانی با شرایط کما و کاهش سطح هوشیاری امری بسیار ناپسند است.

واژگان کلیدی: اخلاق، قصور پزشکی، بی‌مبالاتی، سهل انگاری، پزشکان و پرستاران

J Educ Ethics Nurs 2017; 6(3&4):49-52

مقدمه

و آیین نامه‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را دربر می‌گیرد [۲]. در ادامه یک مورد چالش اخلاقی که همان قصور در مراقبت بیمار به حالت کما است را معرفی کرده‌اند.

گزارش مورد

بیمار آقای ۴۸ ساله، متأهل، کشاورز و راننده کمباین بوده است. بیمار در آبان ۹۳ ساعت ۹:۳۰ صبح در زمان کار، داخل دستگاه کمباین افتاده و توسط آمبولانس ۱۱۵ از محل حادثه با تشخیص مولتی تروما به بیمارستان کردکوی انتقال داده شد. بیمار با خونریزی شدید از محل شریان بازویی و آسیب چشم و

قصور به معنای کوتاهی در انجام وظیفه بدون قصد و غرض است که شامل اشتباه در تشخیص، طرح درمان و یا مدیریت و اداره بیمار است [۱]. سهل انگاری و قصور در پزشکی به چهار شکل تعریف می‌شود. بی‌مبالاتی، عملی که پزشک باید برای بیمار انجام می‌دهد ولی انجام نداده است. بی‌احتیاطی؛ عملی که برای درمان بیمار ضروری نبوده اما پزشک آن را انجام داده و یا در درمانی خاص زیاده روی کرده و سبب آسیب به بیمار شده است. نداشتن مهارت و در نهایت رعایت نکردن نظامات دولتی، که شامل تمامی قوانین و آیین‌نامه‌ها و دستورالعمل‌های دولتی است که مرتبط با امور مخصوص پزشکی وضع شده‌اند و قوانین

*نویسنده مسئول، نشانی: گرگان، جاده صنعتکلاته، مجموعه آموزش عالی فلسفی دانشگاه علوم پزشکی گلستان، مرکز تحقیقات پرستاری

پست الکترونیک: jouybari@goums.ac.ir

تلفن تماس: ۰۹۱۱۳۵۴۸۴۵۴

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۱۱/۲۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۵/۲۱

۶ ماه (در اردیبهشت ۹۴) به هوش آمده و بعد از بهتر شدن وضعیت تنفس و بلعیدن، لوله تراکتوستومی خارج شد. اما بعد از دو هفته محل سوراخ تراک بسته نشد و متأسفانه بعد از ۳ ماه نیز محل تراک باز بوده که باعث ایجاد مشکلات زیادی از جمله اشکال در صحبت کردن، خارج شدن تکه‌های غذا از محل تراک در زمان غذا خوردن، عفونت تنفسی و... شده که پزشکان احتمال ایجاد فیستول و ترمیم نشدن خودبه خودی محل تراک به دلیل هم زمانی لوله تراک و لوله معده در گذشته را دادند. و چاره‌ای جز جراحی نبوده است. بیمار بار اول جهت جراحی بستری شده است اما به دلیل شرایط خاص جسمی، جراحی امکان پذیر نبوده و زمان جراحی منوط بر بهتر شدن وضعیت مغزی و برگشت کامل فعالیت عضلات بدن مخصوصاً عضلات گردن و تنفسی، به بعد موکول شد. ۱۰ ماه بعد از به هوش آمدن بیمار برای جراحی، جهت بستن سوراخ تراکتوستومی بستری شد. در این مدت بیمار همیشه با عوارض باز بودن سوراخ تراک درگیر بوه است.

جراحی بستن تراک برای بیمار به دلیل ایجاد عفونت ثانویه دو بار در فاصله ۱۰ روز انجام شد که این موضوع به دلیل شرایط مغزی بیمار و بیهوشی در فاصله کوتاه باعث بد حال شدن بیمار در اتاق عمل شده است.

در گزارش ذکر شده، به دلیل قصور پزشکی، اصل و اساس ضرر نرساندن به بیمار، که جز یکی از اصول مهم اخلاقی می‌باشد رعایت نشده که این قصور پزشکی باعث ایجاد مشکلات و ضررهای زیر برای بیمار شده است.

۱- بعد از به هوش آمدن و در آوردن لوله تراک، محل سوراخ تراک که باید طی دو هفته خودبه خودی بسته می‌شد، ترمیم نشد.

۲- در هنگام غذا خوردن، تکه‌هایی از غذا از محل سوراخ تراک به بیرون ریخته می‌شد.

۳- در زمان صحبت کردن، به دلیل خروج اصوات هم از دهان و هم از سوراخ، بیمار به سختی و با فشار و زور صحبت می‌کرد.

۴- به دلیل باز بودن محل تراک، حتی با رعایت کامل بهداشت، بیمار دچار عفونت شدید تنفسی شد.

۵- به دلیل شرایط جسمی نامناسب و برگشتن قدرت عضلات به صورت کامل، انجام جراحی به تعویق افتاد. همین مسأله باعث ادامه مشکلات بیمار گشت.

۵- در هنگام جراحی بیمار دچار خونریزی شدید شد که باعث تحلیل مجدد قوای جسمی بیمار گشت.

پارگی و خونریزی از سر و صورت با فشار ۸۰/۵۰ و مقیاس کمای گلاسکو (GCS) ۹/۱۵ در اورژانس بیمارستان تحت مراقبت اولیه قرار گرفت. بیشترین آسیب به دست چپ بیمار وارد شده بود که از ناحیه بازو دچار شکستگی و له شدگی استخوان و پارگی عضلات و تاندون‌ها شده بود به طوری که فقط از قسمت پوست به بدن اتصال داشته است. با توجه به امکانات بیمارستان کنترل خونریزی امکان پذیر نبوده و بیمار برای ادامه درمان و اقدامات ارتوپدی و نوروسرجری با تأخیر در ساعت ۱۳:۳۰ بعدازظهر به بیمارستان مرکز استان اعزام می‌شود. بیمار بعد از اقدامات اولیه در اورژانس، به بخش ICU منتقل شده و در ساعت ۶ بعداز ظهر تحت عمل جراحی قرار می‌گیرد. جهت کنترل خونریزی پزشک جراح، جهت قطع کردن دست چپ با همراهان صحبت کرده اما به دلیل اصرار خانواده مبنی بر قطع نکردن عضو، پیوند شریان برای بیمار انجام گشت. با این توصیف که اگر پیوند تا روز بعد موفقیت آمیز نباشد دست بیمار قطع گردد. سایر جراحی‌ها، چشم و بدن و سر و صورت نیز توسط پزشک جراح دوم و چشم پزشک انجام شد. بعد از ۴ ساعت جراحی در ساعت ۱۰ شب بیمار به بخش مراقبت‌های ویژه منتقل می‌شود. جراحی پیوند شریان دست با موفقیت انجام گشت. اما وضعیت هوشیاری بیمار به دلیل خونریزی افت پیدا کرده و به GCS: ۴/۱۵ کاهش یافته که پزشکان علت آن را کمبود اکسیژن شدید مغزی اعلام کردند. به دلیل تغییر نکردن در وضعیت هوشیاری و تنفسی ۱۲ روز بعد بیمار تراکتوستومی شد. بعد از این که تنفس بیمار بهبود یافت بیمار از دستگاه جدا شده و بعد از ۲۹ روز به بخش مغز و اعصاب منتقل گردید. تشخیصی که برای بیمار قطعی شد و بعد از سه هفته بستری در بخش و انجام سایر عمل‌های ترمیم دست و چشم، بیمار با ضریب هوشیاری ۴/۱۵ با لوله تراکتوستومی و لوله معده ترخیص شد.

در هنگام ترخیص آموزش‌های لازم به همراهان بیمار داده شد، اما با وجود اینکه ۵۰ روز بیمار جهت تغذیه از لوله NG استفاده می‌کرده هیچگونه اشاره‌ای جهت روش دیگر تغذیه به بیمار داده نشد. یک هفته بعد از ترخیص از بیمارستان همراهان بیمار پرونده و مدارک پزشکی را برای ادامه درمان به مشهد برده که در آنجا هم پزشکان وضعیت کما را تأیید و اعلام کردند که زمان بهوش آمدن بیمار قابل پیش بینی نخواهد بود. و فقط توصیه به انجام فیزیوتراپی و ورزش دادن مداوم شد. اما اولین اقدام درمانی برای چنین بیمارانی را تغذیه اعلام کردند. زیرا بیمار طولانی مدت نمی‌تواند از لوله بینی-معده‌ای همزمان با لوله تراکتوستومی برخوردار شود. بر همین اساس بیمار دو هفته بعد از ترخیص تحت عمل ژنوستومی قرار می‌گیرد. بیمار بعد از

حقایق بهترین راه کار افزایش همکاری و همدلی گروه درمانی با یکدیگر جهت کاهش سهل انگاری های کوچک که عواقب بزرگی برای بیماران و خانواده هایشان دارد.

نتیجه گیری

در مورد ذکر شده به راه تغذیه طولانی مدت بیمار توجهی نشده است که این سهل انگاری باعث ایجاد مشکلات و عوارض زیادی از جمله؛ مشکلات تنفسی و عفونت و حتی عمل جراحی با توجه به شرایط خاص این بیمار شده است. این نکته به ظاهر ساده، باعث بار مالی برای خانواده و بیمارستان داشته و اشغال تخت بیمارستان به دفعات مکرر و تظاهر عفونت بیمارستانی در بیمار می باشد. گروه پژوهشی امیدوار است که مورد ذکر شده، بار دیگر رسالت اعضای گروه درمانی را یادآور شود تا از پیامدهای ناگوار سهل انگاری و بی دقتی پرسنل کادر درمان جلوگیری شود.

تشکر و قدردانی

از همکاری صمیمانه بیمار و خانواده محترمشان در این پژوهش تشکر و قدردانی می شود. این تحقیق پس از اخذ رضایت آگاهانه انجام گرفت.

تعارض منافع

در این تحقیق هیچ گونه تعارض منافع وجود ندارد.

۶- به دلیل مشکلات تنفسی و عفونت قبل از جراحی و بستری در بیمارستان جهت جراحی، خانواده بیمار متحمل هزینه های بیشتری شدند.

۷- در حال حاضر حتی با انجام عمل جراحی، تنفس بیمار مخصوصاً در فصول سرد به سختی و همراه با صدای ویز واضح و دایم به دلیل تنگی مجرای تنفسی می باشد.

بحث

موارد ناشی از بی احتیاطی و قصور پزشکی در درمان بیماری ها ممکن است باعث خسارات جسمانی و مادی زیادی در آنان گردد. که پزشکان و کادر پزشکی از نظر قانونی مسئول خطاهای خود می باشند.

طبق مباحث اخلاق پزشکی، به اقدامی که برای بیمار باید انجام می پذیرفت ولی به دلیل سهل انگاری صورت نگرفته است، بی مبالاتی می گویند [۲]. که در ارتباط با مورد مذکور صدق می کند. در این گزارش پزشکان به روش تغذیه طولانی مدت برای بیماری با شرایط ذکر شده توجهی نکرده اند. در حالی که محققان و پزشکان بیان کرده اند که استفاده از گاستروستومی آندوسکوپی یا ژژنوستومی، روش مناسب تری نسبت به دیگر روش ها برای تغذیه بیماران با کاهش سطح هوشیاری است. روش های ذکر شده در استفاده طولانی مدت نسبت به لوله معده راحت تر تحمل شده و مراقبت بیمار در منزل را راحت تر می کند [۳-۵]. همچنین کاهش وزن نسبت به استفاده از لوله معده در آن کمتر دیده می شود [۶] و اسفنکتر تحتانی معده را تخریب نکرده و شیوع اسپیراسیون و ریفلاکس و سینوزیت در آن کمتر بوده و از نظر زیبایی نیز قابل پذیر تر است [۷]. با توجه به تمام

References:

1. Selbst SM, Friedman MJ, Singh SB. Epidemiology and etiology of malpractice lawsuits involving children in us emergency department and urgent care centers. *Pediatr Emerg care* 2005; 36(3): 165-9.
2. Loren DJ, Garbutt J, Dunagan WC, Bommarito KM, Ebers AG, Levinson W, et al. Risk managers, physicians and disclosure of harmful medical errors. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2010; 36(3): 101-108.
3. Schrag SP, Sharma R, Jaik NP, Seamon MJ . Complications related to percutaneous endoscopic gastrostomy tubes. A comprehensive clinical review . *J Gastroint Liver Dis* 2007; 16(4): 407-18.
4. Baghbanian M, Farahvash MJ. Percutaneous endoscopic gastrostomy. *J Govaresh* 2011; 16(1): 45-50.
5. Akkersdijk WL, Bergeijk JD Van, Egmond T. Van, Molder CJJ. Percutaneous endoscopic gastostomy: comparison of push and pull methods and evaluation of antibiotic prophylaxis. *J Endoscopy* 1995; 27: 313-6.
6. Corry J, Poon W, Mc Phee N, Milner AD. Prospective study of percutaneous endoscopic gastrostomy tubes versus nasogastric tubes for enteral feeding in patients with head and neck cancer undergoing radiation. *Head Neck* 2009; 31(7): 867-76.
7. Gomes CAYR, Lustosa SA, Matos D, Andriolo RB. Percutaneous endoscopic gastrostomy versus nasogastric tube feeding for adults with swallowing disturbances. *Cochrane Database Sys Rev* 2012; 14(3): CD008096.

Negligence and carelessness: A case report of neglect in care

Ameneh Masoodi¹, Reza Jahanshahi², Akram Sanagoo³, Leila Jouybari*⁴

Received: 2017/08/12

Revised: 2018/01/25

Accepted: 2018/02/12

1. M.Sc Student of Critical Care Nursing, School Of Nursing and Midwifery, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran
2. Nursing Student, Students Research Committee, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran. Associate Professor, PhD in Nursing, Nursing Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran
3. Associate Professor, PhD in Nursing, Nursing Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran
4. Associate Professor, PhD in Nursing, Nursing Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

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

J Educ Ethics Nurs 2017;6(3&4):49-52

Abstract:

Introduction:

Accuracy, skill and adherence to medical ethics are the minimum expectations of the patient from the treatment staff. And failure to do so will cause financial and economic loss to the patient. Negligence means something that should be done for the patient, but that was not the case at all. The purpose of this ethical report is to outline the issue of carelessness and negligence in treatment and care through the introduction of a case of medical-care failure in a patient admitted to Intensive Care Unit.

Case report:

A 48-year-old man was a farmer (a combine driver) who suffered from severe hemorrhage of arterial hypoxia, followed by coma for 6 months. To maintain the airway, a tracheostomy tube was used to feed the nasal tube to the gut (NGT). Regarding the condition of the coma and despite the restriction of use of the gastrointestinal tract (max. 4 weeks), the patient was discharged after 50 days with a tracheostomy tube and gastric nasal congestion and consciousness level (4 out of 15). This led to multiple physical problems and persistent complications for the patient (after healing) and multiple treatment costs for the patient's family.

Conclusion:

The position of the doctors and the curative staff makes the seemingly small negligence cause great consequences for patients and their families. Indifference and negligence for patients with coma and low levels of consciousness is very unpleasant.

Keywords: Ethic, Medical Failure, Carelessness, Negligence, Doctors and Nurses

* Corresponding author Email: jouybari@goums.ac.ir