

## چالش‌های اخلاقی در مراقبت‌های بیهوده در طول بحران‌های بهداشتی: درس‌هایی از تجربیات همه‌گیری

علی صفدری<sup>۱</sup>، امیرحسین شریفی کلاریجانی<sup>۲</sup>

تاریخ دریافت ۱۴۰۳/۰۹/۲۴ تاریخ پذیرش ۱۴۰۳/۱۰/۰۱

## سردبیر محترم،

پاندمی‌ها و بحران‌های بهداشتی جهانی، چالش‌های عظیمی را برای نظام‌های بهداشتی و مراقبتی ایجاد کرده‌اند که می‌توانند با پیامدهای وسیع اخلاقی و عملی همراه باشند. ازجمله این چالش‌ها می‌توان به مدیریت مراقبت‌های بیهوده در شرایطی اشاره کرد که منابع محدود و تقاضا بیش‌ازحد است (۱). به‌عنوان مثال پاندمی COVID-19 به‌عنوان یکی از بزرگ‌ترین بحران‌های بهداشتی از زمان جنگ جهانی دوم، تجربه‌ای بی‌سابقه در مقیاس جهانی به‌جا گذاشت که موجب شد، سازمان‌های بهداشتی و رهبران مراقبتی با تصمیم‌گیری‌های دشواری درباره نحوه تخصیص منابع، معیارهای تریاژ، و سطح مراقبت مواجه شوند (۲).

بر اساس تجارب به‌دست‌آمده از پاندمی‌ها و سایر بحران‌های بهداشتی، در هر پاندمی، چالش‌های اخلاقی متعددی پیش روی کارکنان بهداشتی، به‌ویژه کارکنان خط مقدم به وجود می‌آید. تصمیم‌گیری درباره پذیرش یا ترخیص بیماران، سقف خدمات قابل‌ارائه، و تخصیص منابع در شرایطی که کمبودها و فشارها بیدار می‌کند، اغلب فاقد راه‌حل ساده و سریع است. این بحران‌ها تنها رهبران و مدیران بخش‌های بهداشتی بلکه کارکنان درمانی و به‌ویژه پرستاران را نیز با فشارهای بی‌سابقه‌ای مواجه می‌کنند. ترکیب تقاضای بالا برای مراقبت، کمبود تجهیزات حیاتی مانند تخت‌های مراقبت ویژه، محدودیت منابع، و عدم قطعیت‌های علمی و اطلاعات کافی درباره درمان‌های مؤثر، بار عاطفی و روانی عظیمی را بر دوش پرستاران و تیم‌های بهداشتی می‌گذارد (۳، ۱).

در شرایط بحران‌های بهداشتی، تصمیم‌گیری در مورد تخصیص منابع کمیاب می‌تواند نیازمند اولویت‌بندی شدید باشد. مثالی از این شرایط می‌تواند شامل اکستوباسیون بیماری که امیدی به زنده ماندن او به‌وضوح نیست و انتقال دستگاه‌های تهویه به بیمارانی باشد که شانس بیشتری برای بقا دارند (۴). این شیوه که در آن نگاه کل‌نگر جایگزین رویکرد فردمحور می‌شود، گاهی مستلزم آن است که مراقبت‌های خاصی محدودشده یا به‌صورت سهمیه‌بندی ارائه شوند. بسیاری از مراقبان، این تغییر رویکرد را از نظر اخلاقی ناراحت‌کننده تلقی می‌کنند، چراکه خلاف اصول بنیادین مراقبت بیمارمحور است و ممکن است درجاتی از احساس ناتوانی و درماندگی را در پی داشته باشد (۵). این موقعیت‌ها باعث شکل‌گیری پدیده‌ای به نام مراقبت بیهوده می‌شود. مراقبت بیهوده به مراقبتی اطلاق

می‌شود که شانس موفقیت اندک دارد یا حتی ممکن است به دلیل شرایط بیمار، کاملاً غیرممکن و غیر مؤثر باشد. به‌عبارت‌دیگر، این نوع مراقبت شامل مداخلاتی است که نه به بهبود کیفیت زندگی بیمار کمک می‌کنند و نه بیمار را از وابستگی به مراقبت‌های پیچیده پزشکی رها می‌سازد (۶). مراقبت بیهوده را می‌توان شبیه تلاش برای حمل آب به کمک یک سطل دارای نشتی و سوراخ دانست! همچنان که تلاش برای کاربرد دفیبریلاسیون برای آسیستول نیز می‌تواند به همان اندازه بیهوده باشد (۸). باوجود دستاوردهای علمی و تجارب انباشته در مراقبت از بیماران در طول پاندمی‌ها، همچنان عدم قطعیت درباره نتایج برخی درمان‌ها در شرایط بحرانی به قوت خود باقی است. این امر، تیم‌های درمانی را در وضعیتی دشوار قرار می‌دهد؛ جایی که تصمیم‌گیری درباره ادامه یا قطع درمان‌ها برای بیماران مبتلا به بیماری‌های ناشناخته با پیش‌آگهی نامشخص چالشی جدی است (۳، ۴). یکی از دلایل افزایش مراقبت‌های بیهوده در بحران‌های بهداشتی، انتظار بیش‌ازحد برای بهبودی و درخواست‌های غیرواقع‌بینانه بیماران یا خانواده‌هایشان برای دریافت مراقبت‌های خاص است. بررسی‌ها نشان می‌دهند که درخواست‌های خانواده‌ها برای درمان‌های غیرضروری و مراقبت‌های بیهوده می‌تواند ناشی از بی‌اعتمادی به تشخیص‌های پزشکی، باورهای مذهبی، و یا امید به وقوع معجزه باشد (۶، ۹). در چنین شرایطی، توجیه خانواده‌ها و توضیح واقعیت‌ها به شکلی قابل‌درک و با توجه به میزان تحمل آنان ضروری است. در مواردی، حتی ممکن است مداخله قانونی برای جلوگیری از ادامه مراقبت‌های بیهوده موردنیاز باشد.

مراقبت بیهوده همواره موضوعی پرتنش و محل بحث بین تیم‌های بهداشتی، بیماران و خانواده‌ها بوده است. در یکسو، خطر محرومیت فردی از خدمات ضروری و حفظ حیات وجود دارد، و در سوی دیگر، اتلاف منابع محدود که می‌تواند سلامت و حیات سایر بیماران را به خطر اندازد. ارائه این خدمات تنها در صورتی می‌تواند اخلاقی تلقی شود که منافع بالقوه آن بیشتر از خطرات احتمالی آن باشد (۱۰). مراقبت‌های بیهوده، به‌ویژه زمانی که پرستاران و مراقبان به‌ناچار مجبور به اجرای آن‌ها هستند، می‌تواند فشار عاطفی قابل‌توجهی را به آن‌ها تحمیل کند. این نوع مراقبت‌ها علاوه بر ایجاد بی‌تفاوتی و کاهش کیفیت مراقبت، باعث به هدر رفتن زمان، انرژی و منابع مالی قابل‌توجهی می‌شود (۶، ۱۱). مراقبت‌های بیهوده نه‌تنها هزینه‌های زیادی به سیستم بهداشتی تحمیل می‌کنند، بلکه می‌توانند منجر به

<sup>۱</sup> کارشناسی ارشد پرستاری داخلی جراحی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران<sup>۲</sup> کارشناسی ارشد پرستاری داخلی جراحی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران (نویسنده مسئول)

تأثیرات این نوع مراقبت‌ها می‌تواند از بار عاطفی و رنج ناشی از این شرایط برای بیماران و خانواده‌ها بکاهد. تشکیل تیم‌های مراقبت تسکینی متشکل از پزشک، پرستار، مددکار اجتماعی، روان‌شناس، روان‌پزشک و دیگر متخصصان، می‌تواند به برقراری ارتباط بهتر با بیماران و ارائه مراقبت‌های متناسب کمک کند.

در نظام سلامت، هیچ مراقبتی ذاتاً بیهوده نیست، بلکه شرایط بیمار و بحران است که به مراقبت‌ها مفهوم بیهودگی می‌بخشد. تصمیم‌گیری درباره تداوم یا قطع مراقبت، نیازمند معیارهای عینی درباره وضعیت بیمار و هم‌راستایی با شرایط بحران است. به اشتراک‌گذاری سریع تجارب بین‌المللی، تدوین پروتکل‌های درمانی متناسب با اوضاع بالینی بیماران، و رویکردهای تسکینی مؤثر می‌تواند به کاهش مراقبت‌های بیهوده، کاستن از فشارهای اخلاقی بر مراقبان، و بهبود کیفیت زندگی بیماران منجر شود.

عوارضی نظیر مقاومت آنتی‌بیوتیکی، زخم فشاری، پنومونی ناشی از ونتیلاتور، و عفونت‌های مرتبط با کاتتر شوند. در شرایط بحرانی که وقوع این نوع مراقبت‌ها غیرقابل‌انکار است (۱۲)، انجام مداخلاتی برای کاهش عوارض طولانی‌مدت آن‌ها ضروری به نظر می‌رسد.

ازجمله راهکارهای پیشنهادی برای کاهش مراقبت‌های بیهوده و پیامدهای آن، حرکت به‌سوی مراقبت‌های تسکینی و تمرکز بر کاهش درد و علائم است (۱۰). مراقبت‌های تسکینی در بحران‌های بهداشتی، ضمن فراهم آوردن کنترل علائم و حمایت عاطفی، تصمیم‌گیری‌های تیم درمانی را آسان‌تر می‌کند (۱۳). این نوع مراقبت با اولویت دادن به نیازهای عاطفی، معنوی و اجتماعی بیمار و خانواده‌اش می‌تواند به کاهش تنش‌ها و پذیرش واقعیات از سوی بیماران و خانواده‌ها کمک کند. تدوین پروتکل‌های مراقبت بیهوده با مشارکت خانواده‌های بیماران و آگاهی‌بخشی به آن‌ها درباره

مجله پرستاری و مامایی، دوره بیست و دوم، شماره نهم، پیاپی ۱۸۲، آذر ۱۴۰۳، ص ۷۲۸-۷۳۲

آدرس مکاتبه: کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران تلفن: ۰۹۳۳۴۸۷۷۹۹۷

Email: amirsharifi2486@gmail.com

## References:

- Shnayder MM, Keller EJ, Makary MS. COVID-19 ethics: What interventional radiologists need to know. *J Vasc Interv Radiol* 2020;31:1720-3. <https://doi.org/10.1016/j.jvir.2020.07.003>
- Cardona M, Anstey M, Lewis ET, Shanmugam S, Hillman K, Psirides A. Appropriateness of intensive care treatments near the end of life during the COVID-19 pandemic. *Breathe* 2020;16(2). <https://doi.org/10.1183/20734735.0062-2020>
- Peiró T, Lorente L, Vera M. The COVID-19 crisis: Skills that are paramount to build into nursing programs for future global health crises. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17(18):6532. <https://doi.org/10.3390/ijerph17186532>
- Basson MD. Medical resources are scarce, but theories about their allocation are not. *Surgery* 2020;168(3):392-3. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2020.05.001>
- Chu Q, Correa R, Henry TL, McGregor KA, Stoklosa H, Robinson L, et al. Reallocating ventilators during the coronavirus disease 2019 pandemic: Is it ethical? *Surgery* 2020;168(3):388-91. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2020.04.044>
- Morata L. An evolutionary concept analysis of futility in health care. *J Adv Nurs* 2018;74(6):1289-300. <https://doi.org/10.1111/jan.13526>
- Medicine ECotASfR. Fertility treatment when the prognosis is very poor or futile: an ethics committee opinion. *Fertil Steril* 2019;111(4):659-63. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2019.01.033>
- Simon JR, Kraus C, Rosenberg M, Wang DH, Clayborne EP, Derse AR. "Futile care"-an emergency medicine approach: Ethical and legal considerations. *Ann Emerg Med* 2017;70(5):707-13. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2017.06.005>
- Aghabarary M, Nayeri ND. Reasons behind providing futile medical treatments in Iran: A qualitative study. *Nurs Ethics* 2017;24(1):33-45. <https://doi.org/10.1177/0969733016638142>
- Šarić L, Prkić I, Jukić M. Futile treatment-a review. *J Bioeth Inq* 2017;14(3):329-37. <https://doi.org/10.1007/s11673-017-9793-x>

- 
11. Rostami S, Esmacali R, Jafari H, Cherati JY. Perception of futile care and caring behaviors of nurses in intensive care units. *Nurs Ethics* 2019;26(1):248-55. <https://doi.org/10.1177/0969733017703694>
12. Yekefallah L, Ashktorab T, Manoochehri H, Hamid AM. Nurses' experiences of futile care at intensive care units: a phenomenological study. *Glob J Health Sci* 2015;7(4):235-42. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v7n4p235>
13. Costantini M, Sleeman KE, Peruselli C, Higginson IJ. Response and role of palliative care during the COVID-19 pandemic: a national telephone survey of hospices in Italy. *Palliat Med* 2020;34(7):889-95. <https://doi.org/10.1177/0269216320920780>

## ETHICAL CHALLENGES IN FUTILE CARE DURING HEALTH CRISES: LESSONS FROM PANDEMIC EXPERIENCES

Ali Safdari<sup>1</sup>, Amirhosein Sharifi Kelarjani<sup>\*2</sup>

Received: 14 December, 2024; Accepted: 21 December, 2024

Dear Editor,

Pandemics and global health crises have posed immense challenges to healthcare and caregiving systems, often accompanied by significant ethical and practical implications. Among these challenges is the management of futile care in situations where resources are scarce and demand exceeds supply (1). For example, the COVID-19 pandemic, as one of the most significant health crises since World War II, left an unprecedented global impact, compelling healthcare organizations and care leaders to confront difficult decisions regarding resource allocation, triage criteria, and levels of care (2).

Based on experiences from pandemics and other health crises, numerous ethical challenges arise for healthcare workers, especially frontline staff, during such events. Decisions regarding the admission or discharge of patients, the ceiling of services provided, and the allocation of resources in the face of shortages and immense pressures often lack straightforward or rapid solutions. These crises not only place unprecedented strain on healthcare leaders and managers but also on medical personnel, particularly nurses. The combination of high demand for care, shortages of critical equipment such as intensive care beds, limited resources, and scientific uncertainties or insufficient information about effective treatments imposes a tremendous emotional and psychological burden on nurses and healthcare teams (1, 3).

During health crises, decisions about the allocation of scarce resources may require stringent prioritization. An example of this includes the extubation of a patient with no clear chance of survival to redirect ventilators to patients with a higher likelihood of recovery (4). This approach, where a holistic perspective replaces the patient-centered approach, sometimes necessitates the limitation or rationing of certain types of care. Many caregivers find this shift in perspective ethically distressing as it contradicts the fundamental principles of patient-centered care and may lead to feelings of helplessness and moral distress (5).

These situations give rise to a phenomenon known as futile care. Futile care refers to interventions with minimal chances of success or those that may be entirely impossible and ineffective due to the patient's condition. In other words, such care involves interventions that neither improve the patient's quality of life nor free them from dependency on complex medical care (6, 7). Futile care can be likened to attempting to carry water in a leaky bucket—an endeavor as fruitless as attempting defibrillation for asystole (8).

Despite scientific advancements and accumulated experiences in patient care during pandemics, uncertainty regarding the outcomes of certain treatments in critical conditions persists. This uncertainty places healthcare teams in challenging situations where decisions to continue or withdraw treatments for patients with unknown diseases and uncertain prognoses become serious dilemmas (3, 4).

One reason for the increase in futile care during health crises is the excessive expectation of recovery and unrealistic demands by patients or their families for specific types of care. Studies indicate that families' requests for unnecessary treatments and futile care may stem from distrust in medical diagnoses, religious beliefs, or hope for miracles (6, 9). In such situations, it is essential to educate families and explain realities in a comprehensible and empathetic manner, considering their capacity to handle the information. In some cases, legal intervention may even be required to prevent the continuation of futile care.

Futile care has always been a contentious issue between healthcare teams, patients, and families. On one hand, there is the risk of depriving individuals of essential, life-sustaining services; on the other, there

<sup>1</sup> Department of Nursing, Chronic Diseases (Home Care) Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

<sup>2</sup> Department of Nursing, Chronic Diseases (Home Care) Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran (Corresponding Author)

is the waste of limited resources that could jeopardize the health and lives of other patients. Providing such care can only be deemed ethical if its potential benefits outweigh its risks (10).

Futile care, especially when nurses and caregivers are compelled to deliver it, imposes significant emotional burdens on them. This type of care not only fosters indifference and reduces the quality of care but also wastes considerable time, energy, and financial resources (6, 11). Moreover, futile care not only adds substantial costs to the healthcare system but also contributes to complications such as antibiotic resistance, pressure ulcers, ventilator-associated pneumonia, and catheter-related infections. In critical conditions where futile care is unavoidable (12), implementing interventions to mitigate its long-term consequences becomes essential.

Among the proposed strategies to reduce futile care and its consequences is a shift toward palliative care, focusing on pain and symptom management (10). Palliative care during health crises not only facilitates symptom control and emotional support but also simplifies decision-making for healthcare teams (13). By prioritizing the emotional, spiritual, and social needs of patients and their families, this approach can help reduce tensions and foster acceptance of realities by both patients and their families. Developing futile care protocols with the involvement of patients' families and educating them about the impacts of such care can alleviate the emotional burden and distress experienced by patients and their families. The formation of palliative care teams—including physicians, nurses, social workers, psychologists, psychiatrists, and other specialists—can enhance communication with patients and ensure the delivery of appropriate care.

In healthcare systems, no care is inherently futile; it is the patient's condition and the crisis context that imbue care with the concept of futility. Decisions regarding the continuation or cessation of care require objective criteria based on the patient's condition and alignment with the crisis circumstances. Rapid sharing of international experiences, developing treatment protocols tailored to patients' clinical conditions, and adopting effective palliative approaches can reduce futile care, ease the ethical pressures on caregivers, and improve patients' quality of life.

**Address:** Department of Nursing, Chronic Diseases (Home Care) Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

**Tel:** +989334877997

**Email:** amirsharifi2486@gmail.com

This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, as long as the original work is properly cited.