

تجارب پرستاران بخش‌های ویژه از مراقبت بیهوده: یک مطالعه کیفی

لیلی یکه فلاح^۱، طاهره اشک تراب^۲، هومان منوچهری^۳، حمید علوی مجد^۴

نویسنده‌ی مسئول: دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران- ایران t_ashktorab@sbmu.ac.ir

دریافت: ۹۲/۱۰/۰۹ پذیرش: ۹۳/۰۷/۱۰

چکیده

زمینه و هدف: مفهوم مراقبت بیهوده به فرهنگ، ارزش‌ها، مذهب، عقاید و پیشرفت‌های پزشکی و شرایط عاطفی موجود در آن کشور بستگی دارد. این مطالعه با هدف تبیین مفهوم مراقبت بیهوده در پرستاران بخش‌های آی سی یو به روش پدیدارشناسی صورت گرفت.

روش بررسی: این مطالعه کیفی از نوع پدیدارشناسی تفسیری بود. در این مطالعه از نمونه‌گیری هدفمند، مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته فردی و مشاهده استفاده شد. کلیه مصاحبه‌ها ضبط و سپس کدها و درون مایه‌ها با استفاده از روش تحلیل ون مانن استخراج گردید.

یافته‌ها: در این پژوهش ۲۵ پرستار شاغل در آی سی یو در مصاحبه فردی نیمه ساختار یافته شرکت کردند. در کد گذاری اولیه ابتدا تعداد ۱۹۱ کد استخراج گردید. در فرایند تحلیل و مقایسه مداوم داده‌ها، تعداد کدها به ۱۷۸ کد تقلیل یافت. در نهایت ۹ زیر درون مایه و ۴ درون مایه شامل بی‌فایده بودن، اتلاف سرمایه، آزردهی و جنبه‌های بیهودگی حاصل گردید و مفهوم مراقبت بیهوده به صورت: "مراقبتی بی‌فایده و بدون نتیجه که با هدر رفت سرمایه و آزردهی بیمار و پرستار همراه بوده و می‌تواند جنبه‌های پرستاری و پزشکی داشته باشد" تعریف گردید.

نتیجه‌گیری: از آنجایی که پرستاران می‌توانند نقش کلیدی در اداره مراقبت‌های بیهوده داشته باشند، بنابراین آگاهی از تجارب آنها در خصوص مراقبت‌های بیهوده نخستین گام عملیاتی در کشور جهت تدوین برنامه‌های مفید مراقبتی، درمانی، آموزشی و پژوهشی در بخش‌های ویژه قلمداد می‌گردد.

واژگان کلیدی: مراقبت بیهوده، پرستاران، آی سی یو، مطالعه کیفی، ایران

مقدمه

شرایط کنونی توانایی پرستاران در امر مراقبت در محیط‌های بالینی مورد قبول نمی‌باشد (۴)، زیرا امروزه مداخلات تکنولوژیکی پیچیده به ویژه در بخش‌های مراقبت‌های ویژه افزایش یافته و تکنولوژی‌ها هر چند باعث افزایش طول عمر شده‌اند ولی در راستای افزایش کیفیت زندگی تأثیری نداشته‌اند (۵). در آمریکا حداقل ۱ نفر از هر ۵ نفر بیمار بستری در بخش مراقبت‌های ویژه فوت می‌کند (۶). نزدیک به نیمی از بیمارانی که در بیمارستان‌های آمریکا فوت می‌کنند در آی سی یو بستری شده و مراقبت بیهوده دریافت می‌کنند (۷). مراقبت‌های درمانی با اثرات درمانی اما بدون فایده و

مراقبت در واقع اصل و جوهره پرستاری است و نظریه پردازان پرستاری به کرات مفهوم سلامت را با مراقبت مرتبط ساخته‌اند (۱). تایلور (Taylor-2005) معتقد است که مراقبت با معالجه متفاوت است و مراقبت می‌تواند مستقیم یا غیرمستقیم باشد و در اصل در برگرفته پرورش، فعالیت‌های حرفه‌ای، فرایندها و تصمیمات سرنوشت ساز می‌باشد. مراقبت یعنی ارائه خدمات پرستاری به شکل معنوی، جسمی و روانی به مددجو و خانواده وی (۲). نتیجه مراقبت باید بیمار را به آینده و پیشرفت بهبودی‌اش امیدوار کند (۳). در

۱- دکتری تخصصی پرستاری، عضو هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین

۲- دکترای پرستاری، دانشیار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۳- دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، استادیار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران

۴- دکترای آمار زیستی، دانشیار، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران

سود برای بیمار مراقبت بیهوده (Futile care) نامیده می‌شود. واژه "مراقبت بیهوده" برای اولین بار در سال ۱۹۸۰ تعریف شد و از سال ۱۹۹۰ وارد متون اخلاق پزشکی شده است (۸). تعریف مراقبت بیهوده بر حسب شرایط بیماران و ارزش‌های فردی پرستاران متفاوت است (۹). برخی پرستاران بر اساس احتمال بقای بیمار و برخی بر اساس کیفیت زندگی بعد از بقا، مراقبت بیهوده را تعریف می‌کنند (۵). همچنین تعریف مراقبت‌های بیهوده به چگونگی تصور از کیفیت و کمیت زندگی، عقاید اخلاقی و قضاوت در مورد درمان موفق و ناموفق نیز بستگی دارد. اگر چه تعاریف گوناگونی از مراقبت‌های بیهوده شده است، اما اتفاق نظری بر روی این تعاریف وجود ندارد و این تعاریف بسته به ارزش‌های بیماران و عقاید آنها در مورد محدودیت‌های درمان و میزان اطلاعات بیماران و خانواده بیمار متفاوت است. لازم به ذکر می‌باشد که مراقبت‌های بیهوده فقط شامل مراقبت‌های پایان عمر نمی‌باشد، بلکه هر مراقبتی که نتواند باعث بقا و ترخیص بیمار از بیمارستان یا حفظ و ارتقاء کیفیت زندگی شود نیز مراقبت بیهوده نامیده می‌شود (۱۰). هزینه مراقبت‌های بیهوده ۳۰ درصد کل هزینه‌های درمانی می‌باشد. کمترین هزینه مراقبت‌های پایان عمر در بخش‌های مراقبت‌های ویژه، در بیمارستان‌های آموزشی ۵۳۴۳۲ دلار به ازای هر بیمار بوده و بیشترین هزینه ۹۳۰۰۰ تا ۱۰۵۰۰۰ دلار به ازای هر بیمار می‌باشد (۱۱).

مراقبت بیهوده برای کلیه بیماران بدون ارتباط با شدت بیماری، انجام می‌شود. مطالعات نشان می‌دهد اگر مراقبت‌های بیهوده انجام نشود، فقط بابت حقوق پزشکان بلیون‌ها دلار ذخیره می‌شود (۱۱).

انجام مراقبت‌های بیهوده در بخش‌های ویژه نسبت قابل توجهی از منابع موجود را به خود اختصاص داده است (۷). بر اساس یک مطالعه میزان انجام مراقبت‌های بیهوده در بخش‌های مراقبت‌های ویژه ۴۰ تا ۶۰ درصد است (۹)

پژوهش‌ها نشان می‌دهد که مراقبت بیهوده باعث افزایش خطرات، ضررها و هزینه‌ها می‌شود. همچنین انجام مراقبت‌های بیهوده منجر به ایجاد عوارض دردناکی نظیر زخم بستر، عفونت‌های ناشی از کتتر و پنومونی ناشی از ونتیلاتور می‌شود (۱۱). بنابراین، برنامه‌ریزی برای ارتقاء کیفیت مراقبت‌های پرستاری و دسترسی به مشاوران مراقبت‌های ویژه جهت ارتقاء تصمیم‌گیری در شرایط مراقبت بیهوده ضروری می‌باشد (۹). پرستاران نقش کلیدی در انجام و قطع مراقبت‌های بیهوده دارند و اگر تجربه برخورد با چنین موقعیت‌هایی را داشته باشند می‌توانند یک تأثیر مهم و خوب روی بیمار و خانواده بگذارند.

در ایران نیز ارائه مراقبت‌های بیهوده، پرستاران بخش‌های ویژه را با چالش‌های پیچیده‌ای مواجه نموده است. اما علی‌رغم فراوانی و پیچیدگی مسائل مربوط به مراقبت‌های بیهوده در میان پرستاران مراقبت‌های ویژه، این مفهوم تاکنون در جامعه ایرانی ناشناخته بوده و پژوهش‌های کمی اندکی در خصوص نحوه برخورد پرستار با بیمار و خانواده به هنگام مراقبت‌های بیهوده انجام شده است (۵). برای شناسایی و ریشه‌یابی این چالش‌ها، به ویژه به دلیل وابستگی تعریف این مفهوم با فرهنگ، ارزش‌ها، مذهب و شرایط موجود در کشور، بالطبع درک تجارب پرستاران بخش‌های ویژه از مراقبت‌های بیهوده، نخستین گام مهم در ارائه راهکارها به منظور ارتقاء کیفیت مراقبت‌های پرستاری در این بخش‌ها می‌باشد (۶)، بدین منظور تبیین مفهوم مراقبت‌های بیهوده در بخش‌های آی سی یو ضروری به نظر می‌رسد.

روش بررسی

این مطالعه کیفی از نوع پدیدار شناسی تفسیری بود. جامعه آماری این پژوهش شامل پرستاران بخش‌های ویژه شاغل در ۱۱ بیمارستان آموزشی و وابسته به سازمان تأمین اجتماعی در استان قزوین در شمال غربی کشور ایران بودند. در این

پژوهش با روش نمونه‌گیری هدفمند ۲۵ پرستار در مصاحبه فردی شرکت کردند. معیارهای ورود مشارکت کنندگان به مطالعه، داشتن حداقل مدرک کارشناسی پرستاری و حداقل یک سال سابقه کار در بخش آی سی یو و سالم بودن از لحاظ شنیداری و گفتاری بود. نمونه‌گیری تا زمان رسیدن به اشباع داده‌ها ادامه یافت. جهت جمع‌آوری داده‌ها پس از اخذ رضایت آگاهانه از روش مصاحبه نیمه ساختار یافته استفاده شد. از مشاهده نیز برای درک پیام‌های غیرکلامی در حین مصاحبه استفاده گردید. مواردی که در تأیید و یا نفی صحبت مشارکت‌کنندگان مشاهده شد، یاد داشت شد (۱۲). این مصاحبه‌ها از اردیبهشت تا آبان سال ۱۳۹۲ صورت گرفت. برای شروع مصاحبه و برای رسیدن به درکی جامع از پدیده مورد پژوهش، از هر یک از مشارکت‌کنندگان خواسته شد تا تجربه خویش را از مراقبت‌های بیهوده بیان نمایند.

سؤال‌های بعدی با توجه به توصیف‌های ارائه شده توسط مشارکت کنندگان پرسیده شد. پرسش‌های زیر نمونه‌ای از این گونه سؤال‌ها می‌باشند:

- مراقبت بیهوده در پرستاری یعنی چی، توضیح دهید؟
- تجارب‌تان را از مراقبت‌های بیهوده شرح دهید.
- بیشتر چه اقدامات پرستاری را بیهوده می‌دانید؟

تعداد مشارکت کنندگان ۲۵ مورد و مدت زمان مصاحبه‌ها از ۳۰ دقیقه تا ۸۶ دقیقه و بین ۱ تا ۳ جلسه متفاوت بود. با وجودی که کلیه مصاحبه‌ها توسط یک پژوهشگر انجام شد، اما نقد و بررسی مصاحبه‌ها توسط کلیه پژوهشگران این مطالعه صورت گرفت. پس از انجام هر مصاحبه در کوتاه‌ترین زمان ممکن پس از مصاحبه اطلاعات ضبط شده چند بار به طور دقیق مرور شده و پس از آن، مصاحبه‌ها کلمه به کلمه بر روی کاغذ منتقل شد. سپس اطلاعات منتقل شده بر روی کاغذ در ضمن گوش دادن به نوار ضبط صوت، مجدداً مرور شد. این عمل بدین منظور انجام گرفت تا دقت اطلاعات

منتقل شده بر روی کاغذ افزایش یابد و پژوهشگر تسلط بیشتری بر روی اطلاعات مذکور پیدا کند از این مرحله به بعد، اطلاعات منتقل شده بر روی کاغذ، منبع اطلاعات خام این پژوهش جهت تبیین مفهوم بود. در حین مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته رفتارها، ارتباطات غیرکلامی، ظاهر، بیان صورت و تماس چشمی شرکت کنندگان در پژوهش مشاهده شد و در ضمن انجام مصاحبه و یا بلافاصله بعد از مصاحبه مشاهدات ثبت شد. از این اطلاعات تکمیلی در زمان دست نویس کردن اطلاعات مصاحبه‌ها و تبیین مفهوم استفاده شد. روش تحلیل داده بر اساس فعالیت‌های پدیده شناسی ون مانن (۲۰۰۱) انجام شد. ون مانن (۲۰۰۱) شش فعالیت زیر را به عنوان رویکرد عملیاتی انجام پدیده شناسی هرمنوتیک بیان نموده است (۱۲) که عبارتند از:

۱- توجه و جهت‌گیری به سمت ماهیت تجربه زیسته:

گرایش پژوهشگر به پدیده مراقبت بیهوده در بخش‌های ویژه مربوط به سال‌هایی می‌شود که اینجانب به عنوان مدیر پرستاری در بیمارستان کار می‌کردم. به هنگام راند بخش‌های ویژه متوجه شدم که برخی پرستاران، انجام برخی مراقبت‌ها را کاملاً بی‌فایده می‌دانند و صرفاً به دلیل نظارت دقیق مقام مافوق و یک سری علل خاص، آن مراقبت‌ها را انجام می‌دهند و به نظر می‌رسید انجام این مراقبت‌ها اثرات خاصی روی کیفیت کار و برخورد ایشان می‌گذاشت، لذا اینجانب علاقمند شدم تا در مورد پدیده مراقبت بیهوده و عوامل مربوط به آن پژوهشی را انجام دهم.

۲- کاوش تجربه مورد توجه به همان صورتی که زندگی شده:

در این مرحله پژوهشگر به مطالعه تجربه آن‌گونه که مورد زندگی قرار گرفته و نه آن‌گونه که آن را مورد مفهوم پردازی قرار می‌دهد، می‌پردازد. در این مطالعه روش اصلی گردآوری داده‌ها از طریق مصاحبه با استفاده از سؤالات باز بود.

مصاحبه با یک سؤال ساده برای شروع بحث و برقراری ارتباط آغاز شد و با سؤالات عمومی ادامه یافت و تدریجاً بر مسائل خاص متمرکز شد.

۳- تأمل بر درون مایه‌های ذاتی که خصوصیات پدیده را مشخص می‌کنند:

سه رویکرد کل‌نگر، انتخابی یا مارک‌دار کردن و جزئی‌نگر یا خط به خط برای روشن کردن یا جدا کردن درون‌مایه‌های یک پدیده در متون معرفی می‌شود که پژوهشگر در این مطالعه از رویکرد جزئی‌نگر و انتخابی برای جدا کردن جملات مضمونی استفاده نمود. بدین ترتیب که ابتدا هر مصاحبه چند بار خوانده شد و پرسیده شد که کدام عبارات یا جملات در توصیف پدیده یا تجربه مورد نظر ضروری است. سپس این عبارات مشخص شدند و زیر آن خط کشیده شد سپس عباراتی مشابه با گفته‌های پرستاران (توصیفی) یا تفسیر و معانی آنها (تفسیری) نوشته شدند و از ادغام و طبقه‌بندی جملات مضمونی، طبقات فرعی و درون‌مایه‌های اصلی به دست آمدند.

۴- توصیف پدیده با کاربرد هنر نوشتن و بازنویسی:

در این مرحله پژوهشگر توصیف و توضیحات کتبی درباره گفته‌های شرکت‌کنندگان و نیز با آوردن نمونه‌هایی از نقل قول‌های شرکت‌کنندگان، متون پدیدار شناسی را که در حقیقت معرفی یافته‌های این پژوهش هستند را تنظیم نموده است.

۵- برقراری و حفظ ارتباط قوی و آگاهانه با پدیده:

پژوهشگر سعی کرده است در این مطالعه چنانچه ون مانن تأکید کرده است؛ با مرور مداوم سؤال اصلی پژوهش در کلیه مراحل پژوهش از جمله مراحل تحلیل داده‌ها و استخراج درون مایه‌ها به انجام این مهم بپردازد. هر زمان که پژوهشگر به کار تحلیل داده‌ها می‌پرداخت در اولین قدم سؤال پژوهش را مرور می‌کرد و سعی می‌کرد که استخراج درون مایه‌ها در جهت پاسخ به سؤال پژوهش باشد.

۶- مطابقت بافت پژوهش با در نظر گرفتن مداوم اجزاء و کل:

پژوهشگر در این مطالعه با استفاده از رویکرد جزئی‌نگر و انتخابی (ون مانن ۲۰۰۱) به تبیین مفهوم مراقبت بیهوده و عوامل مرتبط با آن در جامعه ایران پرداخته است. برای تحلیل مضمونی، سعی شده است که این رفت و برگشت مداوم از کل به جزء و از جزء به کل، با در نظر داشتن سؤال پژوهش همواره جریان داشته باشد.

در کد گذاری اولیه ابتدا تعداد ۱۹۱ کد استخراج گردید. در فرایند تحلیل داده‌ها، تعداد کدها به ۱۷۸ کد تقلیل یافت. در نهایت مفهوم مراقبت بیهوده با ۹ زیر درون مایه و ۴ درون مایه تبیین گردید. صحت یافته‌های کیفی بر اساس چهار ملاک مطرح شده شامل اعتبار، تأیید پذیری، قابلیت اعتماد و قابلیت انتقال مورد بررسی قرار گرفت. بدین منظور جهت افزایش مقبولیت، پژوهشگران تعامل کافی و نزدیک با مشارکت کنندگان داشتند. بازنگری متون مصاحبه توسط مشارکت کنندگان و بازنگری کدهای استخراجی توسط ناظرین خارجی انجام شد و از نظرات تکمیلی و اصلاحی همکاران استفاده شد. بازنگری توسط مشارکت کنندگان و ناظرین خارجی جهت افزایش تأیید پذیری داده‌ها انجام شد. لازم به ذکر است که پژوهشگر کلیه ملاحظات اخلاقی از جمله محرمانه ماندن اطلاعات را رعایت نمود.

یافته‌ها

در پژوهش کنونی ۲۵ مشارکت کننده از هر دو جنس (۲۱ زن، ۴ مرد) با محدوده سنی ۴۵-۲۷ سال و با میانگین سنوات خدمت ۱۰/۲۴ سال، میانگین سنوات کار در بخش آی سی یو ۷/۰۲ سال و با تحصیلات کارشناسی و کارشناسی ارشد پرستاری از مراکز درمانی مختلف استان قزوین مورد مصاحبه عمیق و نیمه ساختار یافته قرار گرفتند (جدول ۱).

جدول ۱: ویژگی‌های دموگرافیک مشارکت کنندگان

اطلاعات دموگرافیک		(درصد) تعداد
جنس	زن	۲۱(۸۴)
	مرد	۴(۱۶)
تأهل	مجرد	۱۳(۵۲)
	متأهل	۱۲(۴۸)
مدرک تحصیلی	لیسانس	۲۲(۸۸)
	ارشد	۳(۱۲)
سمت	سرپرستار	۲(۸)
	استف	۲(۸)
	درگرددش	۲۱(۸۴)
نام بخش	آی سی یو جراحی	۶(۲۴)
	آی سی یو داخلی	۸(۳۲)
	آی سی یو جراحی قلب	۳(۱۲)
	آی سی یو جنرال	۵(۲۰)
	آی سی یو تروما	۳(۱۲)
متغیر		(میانگین) دامنه
سن		۲۷-۴۵(۳۴/۸۸)
سابقه کار		۱-۲۰(۱۰/۲۴)
سابقه کار در بخش ویژه		۱-۱۵(۷/۰۲)

با تجزیه و تحلیل اطلاعات ۴ درون‌مایه، ۹ زیر درون‌مایه و ۵ طبقه استخراج گردید. اولین درون‌مایه "بی‌فایده بودن" با سه زیر درون‌مایه "هدفدار نبودن مراقبت"، "مراقبت بی‌نتیجه" و "اطمینان از عدم بهبودی بیمار" بود. دومین درون‌مایه "اتلاف سرمایه" با دو زیر درون‌مایه "اتلاف وقت" و "اتلاف هزینه" بود. سومین درون‌مایه "آزردگی" با دو زیر درون‌مایه "آزار بیمار" و "آزار پرستار" بود. چهارمین درون‌مایه "جنبه‌های بیهودگی" دارای دو زیر درون‌مایه "اقدامات کادر پزشکی" با ۳ طبقه (دستورات پزشکی بیهوده، پروسیجرهای تشخیصی بیهوده و بستری بیهوده) و "اقدامات کادر پرستاری" با ۲ طبقه (مداخلات پرستاری بیهوده و انجام وظایف غیر پرستاری) بود. این درون‌مایه‌ها و زیر درون‌مایه‌ها در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: مفهوم مراقبت بیهوده

ردیف	درون‌مایه	زیردرون‌مایه
۱	بی‌فایده بودن	۱- هدفدار نبودن مراقبت
		۲- مراقبت بی‌نتیجه
		۳- اطمینان از عدم بهبودی بیمار
۲	اتلاف سرمایه	۴- اتلاف وقت
		۵- اتلاف هزینه
		۶- آزار بیمار
۳	آزردگی	۷- آزار پرستار
		طبقات
۴	جنبه‌های بیهودگی	۱- بستری بیهوده
		۲- پروسیجرهای تشخیصی بیهوده
		۳- دستورات پزشکی بیهوده
		۴- مداخلات پرستاری بیهوده
		۵- انجام وظایف غیر پرستاری
۸	اقدامات پزشکی	۸- اقدامات پزشکی
		۹- اقدامات پرستاری

مفهوم مراقبت بیهوده توسط مشارکت کنندگان به صورت "مراقبتی بی‌فایده و بدون نتیجه که با هدر رفت سرمایه و آزرده‌گی بیمار و پرستار همراه بوده و می‌تواند جنبه‌های پرستاری و پزشکی داشته باشد" تعریف گردید. جنبه‌های مراقبت بیهوده شامل اقدامات کادر پزشکی نظیر بستری بیهوده، پروسیجرهای تشخیصی بیهوده، دستورات پزشکی بیهوده و اقدامات کادر پرستاری نظیر مداخلات پرستاری بیهوده و انجام وظایف غیر پرستاری می‌باشد.

۱- "بی‌فایده بودن" اولین درون‌مایه انتزاع شده این پژوهش بود. این درون‌مایه شامل زیر درون‌مایه‌های "هدفدار نبودن مراقبت، مراقبت بی‌نتیجه و اطمینان از عدم بهبودی بیمار" بود.

۱-۱- هدفدار نبودن مراقبت:

مراقبت بیهوده از دیدگاه بسیاری از پرستاران بیانگر مراقبت‌هایی است که بی‌هدف بوده و در جهت ارتقاء سلامت و بهبودی بیمار نمی‌باشد. موارد زیر بیانگر تجارب برخی از مشارکت کنندگان در رابطه با این زیر درون‌مایه می‌باشد. "مراقبت بیهوده یعنی کارهایی برای مریض انجام بدیم که فایده‌ای نداشته باشه دیگه. یعنی تو روند بهبود بیمار هیچ تأثیری نداره، یا اینطوری بگم بیماری که ممکن است خودش بهبود هم پیدا نکنه و ما داریم یک سری اقداماتی انجام میدیم که فقط حمایت کنیم این چند روز آخر را بگذرونه" (مشارکت کننده ۱۶).

۱-۲ مراقبت بی‌نتیجه:

برخی پرستاران می‌گفتند مراقبتی نتیجه بخش است که بیمار نهایتاً بهبود یابد و برخی مراقبت را زمانی مؤثر می‌دانستند که بیمار کمترین آسیب را ببیند و بیشترین سود را ببرد. آنان مراقبت مؤثر و نتیجه بخش را مراقبتی مفید، بدون عارضه یا با کمترین عارضه و نهایتاً هدفمند و حیات بخش بیمار می‌دانستند. در همین زمینه یکی از مشارکت کنندگان چنین بیان نمود: "..... خب ما همش دوست داریم هر کاری می‌کنیم

مفید باشه بتونیم حداقل یک کاری برای مریض کرده باشیم نتیجه مثبتی بگیریم مثل مریضی که بلند میشه با پای خودش میره یک احساس خوشایندی آدم داره" (مشارکت کننده ۷).

۱-۳ اطمینان از عدم بهبودی بیمار:

پرستاران اذعان داشتند مراقبت از بیماران end stage یا بیمارانی که یقین داریم بهبودی حاصل نمی‌کنند، بیهوده است. در همین زمینه یکی از مشارکت کنندگان چنین بیان نمود که "وقتی که واقعاً میدونیم که بیمار end stage هست یا بر نمی‌گردد (زنده نمی‌مونه)، مراقبت ما بیهوده هست. مثلاً یه کنسر کولون ۹۰ ساله یه بیمار no code هست و گذاشتند اینجا که اکسپایر بشه، مراقبت ما بیهوده هست" (مشارکت کننده ۲).

۲- "اتلاف سرمایه" دومین درون‌مایه حاصل از داده‌های پژوهش بود. این درون‌مایه شامل زیر درون‌مایه‌های "اتلاف وقت" و "اتلاف هزینه" است.

۱-۲ اتلاف وقت

اکثر پرستاران معتقد بودند که انجام مراقبت‌های بیهوده باعث کم گذاشتن برای کارهای اصلی و کاهش کیفیت مراقبت‌های پرستاری به دلیل کمبود وقت می‌شود. مشارکت کننده‌ای در خصوص اتلاف وقت چنین اظهار نمود: "خداییش کار کردن با اون مریض‌ها (منظور کیس‌های بیهوده) هم کلی وقت می‌گیره. کلی پانسمان، ساکشن، فیزیوتراپی تنفسی و دارو دادنش کلی وقت می‌گیره، که می‌شه صرف مریض دیگه کرد" (مشارکت کننده ۳).

"بیشتر مریض‌هایی که کیس ICU نیستن دارن مراقبت ICU می‌گیرن. این مریض‌ها بیخودی میان و کلی وقت می‌گیرن. پذیرش و ترخیص شون وقت ما رو می‌گیره مراقبت بیهوده بیشتر برای ایناست" (مشارکت کننده ۵).

۱-۲ اتلاف هزینه

بستری نمودن موردهای بیهوده، هزینه زیادی را به سیستم تحمیل نموده و برای خود بیمار نیز به جز تحمیل بار مالی

و اتلاف وقت پرسنل می‌شود. همچنین اذعان داشتند نوشتن داروهای گران قیمت و انواع و اقسام آزمایشات برای بیمار در حال مرگ بی‌فایده است. مشارکت کننده‌ای در خصوص دستورات پزشکی بیهوده اظهار نمود که: "مثلا این chest رو که می‌نویسه و این اشعه‌ای که من می‌خورم و انجامش می‌دم، می‌دونم که بیهوده است چون اصلا نمیدانم....." (مشارکت کننده ۲).

۲-۴ پروسیجرهای تشخیصی بیهوده:

مشارکت کنندگان اظهار داشتند برخی از پزشکان بدون آگاه سازی بیماران و همراهان اقدام به انجام پروسیجرهای تشخیصی تهاجمی متعدد برای بیماران می‌نمایند. مشارکت کننده‌ای در خصوص پروسیجرهای تشخیصی بیهوده اظهار نمود که "اصلا به بعضی‌هاشون وقتی جواب تست‌هاشون رو اطلاع میدی می‌گن چیه اونکه دیگه "غیر قابل احیاء" برای چی داری جوابشو اطلاع میدی بعد بهش می‌گیم خب پس DC کن، می‌گه نه حالا بذار ۳-۲ روز هم باشه بینیم چی می‌شه. در صورتی که جواب و حتی حاضر نیستن گوش کنن" (مشارکت کننده ۵).

۳-۴ بستری بیهوده:

مشارکت کنندگان اظهار داشتند متأسفانه بعضی پزشکان، بیمارانی را که نیاز به آی سی یو ندارند در این بخش بستری می‌نمایند، در صورتی که در بخش عادی هم می‌توانند تحت درمان قرار بگیرند یا اینکه بیمارانی هستند که دیگر نمی‌توان برایشان کاری انجام داد ولی بیهوده در بخش آی سی یو بستری می‌نمایند. همچنین مشارکت کننده‌ای در خصوص بستری بیهوده اظهار نمود که ۶۰-۵۰ درصد از مریض‌ها نیاز به ICU ندارند ولی میارن به ICU فقط به خاطر اینکه تحت کنترل بیشتری باشن اینا مریض‌های خوشحالی هستند که می‌شه تو بخش هم ازشون مراقبت کرد" (مشارکت کننده ۸).

۴-۴ مداخلات پرستاری بیهوده:

هیچ فایده‌ای ندارد. مشارکت کننده‌ای در خصوص اتلاف هزینه چنین اظهار نمود: "آخه چه فایده‌ای داره، برای بیماری که رو به موته، داروهای گرون قیمت براش نوشته شه. ما که می‌دونیم دیگه فایده‌ای نداره پس چرا باید یه هزینه اضافی رو گردن بیمار و خانواده‌اش بذاریم" (مشارکت کننده ۱).

۳- "آزردگی" سومین درون مایه انتزاع شده از این پژوهش بود. این درون مایه شامل زیر درونمایه‌های "آزار بیمار" و "آزار پرستار" بود.

۱-۳ آزار بیمار

عدم ضرر رسانی یکی از اصول اخلاقی است که پرستار ملزم به رعایت آن است. مشارکت کننده‌ای در این رابطه چنین اظهار نمود که "گاه‌ها احساس می‌کنیم مریض واقعا داره زجر می‌کشه وقتی می‌میره این آرامش را در چهره‌اش می‌بینیم" (مشارکت کننده ۱۸).

۲-۳ آزار پرستار

پرستاران اذعان داشتند اذیت شدن بیمار در حین انجام پروسیجرهای تهاجمی برای آنها نیز دردآور می‌باشد. مشارکت کننده‌ای در رابطه با آزار خودش چنین اظهار نمود که "بعضی وقت‌ها از این که نمونه خون می‌گیرم ازشون خیلی ناراحت می‌شم. مخصوصاً وقتی نمونه خون شریانی می‌گیریم خیلی ناراحت می‌شم..." (مشارکت کننده ۱۳).

۴- "جنبه‌های بیهودگی" چهارمین درون مایه انتزاع شده از این پژوهش بود. این درون مایه شامل زیر درون مایه‌های "اقدامات کادر پزشکی" (دستورات پزشکی بیهوده، پروسیجرهای تشخیصی بیهوده و بستری بیهوده) و "اقدامات کادر پرستاری" (مداخلات پرستاری بیهوده و انجام وظایف غیر پرستاری) می‌باشد.

۱-۴ دستورات پزشکی بیهوده:

مشارکت کنندگان اظهار داشتند نوشتن دستوراتی که باهم تداخل دارند یا دستورات متعدد و مکمل و عدم توجه به جواب دستورات داده شده بیهوده بوده و فقط باعث خستگی

مشارکت کنندگان اظهار داشتند متأسفانه ۸۰ درصد مراقبت‌ها در آی سی یو بیهوده است. آنتی بیوتیک درمانی و انجام آزمایشات روتین و تزریق فراورده‌های خونی و مراقبت از بیمارانی که نیاز واقعی به تخت آی سی یو ندارند، از جمله مداخلات پرستاری بیهوده‌ای بود که پرستاران به آنها اشاره نمودند. یکی از مشارکت کنندگان در خصوص مداخلات پرستاری بیهوده اظهار نمود که "بیشتر کارها روتین شده مثلاً الان ۱۱ شب شده ما روتین وار باید ساکشن کنیم دیگه نگاه نمی‌کنیم saturation این مریض خوبه، احتیاج به ساکشن نداره. ما فقط برحسب ساعت کارها را انجام می‌دهیم. مثلاً صبح دوبار ساکشن می‌کنیم. ما کارهامون را از روی عادت انجام می‌دیم. برای بچه‌ها هم روتین وار شده" (مشارکت کننده ۱۲).

۴-۵ انجام وظایف غیر پرستاری:

ابهام در شرح وظایف پرستاران مانع اجرای درست کارها می‌شود و از نقطه نظر مدیریتی موجب کاهش بهره‌وری و افزایش مراقبت‌های بیهوده می‌گردد. استفاده از پرستار آی سی یو به عنوان منشی و گرفتن دارو از داروخانه و شمارش آنها از جمله اموری بود که مشارکت کنندگان به آنها اشاره نمودند. یکی از مشارکت کنندگان در خصوص انجام وظایف غیر پرستاری اظهار نمود که "پرستار باید بره دارو تحویل بگیره بیاد. پرستارمون می‌ره وسایل رو می‌شمره، مثلاً ۴۰۰ تا سرنگ را باید بشمره اینهارو خدمه هم می‌تونه بره تحویل بگیره. باید یک جوری باشه که پرستار نره این همه وقتش تلف بشه..." (مشارکت کننده ۱۱).

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش که با هدف تبیین مفهوم مراقبت بیهوده انجام شد، نشان داد که مفهوم مراقبت بیهوده از دیدگاه ذینفعان به صورت "مراقبتی بی‌فایده و بدون نتیجه که با هدر رفت سرمایه و آزرده‌گی بیمار و پرستار همراه بوده و می‌تواند

جنبه‌های پرستاری و پزشکی داشته باشد" تعریف گردید. تفاوت تعریف پژوهش کنونی با سایر پژوهش‌ها به دلیل تفاوت در جامعه پژوهش است.

مطالعه‌های مختلف یکی از ویژگی‌های مراقبت‌های پرستاری با کیفیت را هدفمند بودن مراقبت‌ها می‌داند. مراقبت هدفمند دارای ویژگی‌هایی از قبیل مطلوب‌ترین نحوه مراقبت، مبتنی بر نیازهای بیمار و مراقبت بر اساس هدف می‌باشد (۱۳). از نظر پرستاران مشارکت کننده در این پژوهش، مراقبت بیهوده مراقبتی است که در جهت ارتقاء سلامت و بهبودی بیمار نبوده و بی‌هدف انجام شود. تعداد کثیری از مشارکت کنندگان معتقد بودند که داشتن هدف در امر مراقبت سبب بهبود کیفیت مراقبت‌ها می‌شود؛ چرا که مراقبت بر اساس هدف ارزشیابی می‌شود. اسمیت (Smith) در سال ۲۰۱۲ نتایج پژوهش خود اذعان داشت یک اقدام یا مراقبت موقعی بیهوده در نظر گرفته می‌شود که اهداف آن غیر قابل دسترسی باشد یا دستیابی به درجاتی از موفقیت عملاً غیر ممکن باشد (۱۴).

از آنجایی که هر اقدامی، کم یا زیاد دارای عوارض جانبی شناخته شده و گاه نا شناخته است، تنها در صورتی باید بیمار را در معرض چنین عوارضی قرارداد که در مقابل، فایده‌ای نصیب او شود که این خطرات را توجیه کند اما در اقدام بیهوده فقط عوارض به بیمار تحمیل می‌شود. برخی از عوارض نظیر ایجاد مقاومت آنتی بیوتیکی ممکن است برای جامعه نیز خطرناک و هزینه‌هایی جدی در بر داشته باشد، لذا تحمیل درد و رنج و عوارض جانبی غیر ضروری به بیمار غیر اخلاقی است (۱۵). در یک مطالعه ۵۰ درصد پرستاران و ۷۰ درصد مراقبین در منزل گزارش کردند که مراقبت‌های انجام شده از بیماران بر خلاف استانداردها و وجدان مراقبین می‌باشد (۱۶). در نتایج پژوهش سیبالد (Sibbald-2007) بسیاری از مشارکت کنندگان مراقبت بیهوده را به عنوان رنج و عذاب توصیف کرده بودند و اذعان داشتند که آنها احساس می‌کنند

چون به بیمار آسیب می‌رساند و بیمار با عوارض زیادی مرخص می‌شود یا دنیا را ترک می‌کند. انجام این کارهای روتین جزء مسئولیت‌های مراقبین است و ایشان خود را مسئول اجرای آنها می‌دانستند و مسئولیت پذیری در قبال کارهای روتین را تأکید می‌کردند.

نتایج مطالعه بالجانی و همکاران (۱۳۹۱) نشان داد پرستاران به جنبه‌های روتین تکنیکی مراقبت، بیشتر از جنبه‌های عاطفی - اجتماعی اهمیت می‌دهند که این رویکرد نمی‌تواند تمام نیازهای مددجویان را تأمین کند و لازم است مدیران پرستاری و مربیان در آموزش و برنامه‌ریزی به این موارد توجه داشته باشند (۱۸). پژوهش حاضر نشان داد بسیاری از پرستاران از این که اغلب در ایستگاه پرستاری هستند، به کارهای روتین می‌پردازند و کمتر بر بالین بیمار حضور دارند گله‌مند بودند.

از یافته‌های مطالعه حاضر می‌توان تعریف مفهوم مراقبت بیهوده در بخش‌های آی سی یو را نتیجه گرفت. از آنجایی که نبودن گایدلاین برای عملکرد پرستاران در شرایط مراقبت‌های بیهوده از جمله مشکلات اساسی پرستاران در انجام مراقبت‌های بیهوده می‌باشد (۱۹)، بنابراین برای کاهش مراقبت‌های بیهوده و اثرات آن در پرستاران باید اقداماتی جهت رفع موانع موجود و ارتقای تسهیلات لازم از سوی دست اندرکاران صورت گیرد. مدیریت مراقبت‌های بیهوده باید به وسیله تنظیم راه کارهای ارتباطی، افزایش دانش، ارتقای قوانین و تدوین سیستم‌های حمایتی اخلاقی و عاطفی ارتقاء یابد (۱۹). تخصیص برنامه زمانی بیشتر به آموزش این مفهوم در تمامی مقاطع تحصیلی پرستاری کشور ایران به ویژه مقطع کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه ضروری به نظر می‌رسد. همچنین آموزش مداوم در عرصه‌های بالینی، ایجاد شرایط و امکانات لازم، افزایش تعداد نیروی انسانی کافی، تغییر روش‌های ارائه مراقبت‌های پرستاری به ویژه در

فقط باعث طولانی شدن یک زندگی دردناک می‌شوند. اکثر توضیحات شامل این مفهوم بود که آنها منابع قابل توجهی را استفاده می‌کنند بدون اینکه هیچ فایده‌ای برای بیمار داشته باشد. استفاده از منابع قابل توجه بدون داشتن هیچ امید مستدلی به بهبودی بیمار یا استقلال نسبی وی یا برقراری تعامل بیماران با محیط اطرافشان، از جمله تعاریف مراقبت بیهوده بود (۱۷).

گاهی پرستاران با بیمارانی مواجه می‌شوند که هزینه زیادی را متقبل شده و در بخش آی سی یو بستری می‌شوند ولی بررسی آن‌ها در این بخش به جزء تحمیل بار مالی هیچ فایده‌ای برای آنان ندارد. در اغلب موارد تمام یا بخشی از هزینه‌های درمان از منابع عمومی نظیر بیمه پرداخت می‌شوند. اقدام بیهوده در واقع اتلاف این منابع است. علاوه بر این پزشک مسئولیت دارد که از تحمیل هزینه اضافی به بودجه شخصی بیماران نیز پرهیز کند. افزون بر این وقت پزشک، امکانات دارویی، تشخیصی، بیمارستانی و غیره که باید صرف اقدام بیهوده شوند نیز از منابع پزشکی‌اند. استفاده از این منابع برای درمان بیهوده علاوه بر اتلاف هزینه‌ها، باعث به تعویق افتادن نوبت دسترسی سایر بیماران یا محروم شدن بیماران واقعاً نیازمند از این منابع می‌شود (۱۵).

جنبه‌های مراقبت بیهوده شامل اقدامات کادر پزشکی نظیر بستری بیهوده، پروسیجرهای تشخیصی بیهوده، دستورات پزشکی بیهوده و اقدامات کادر پرستاری نظیر مداخلات پرستاری بیهوده و انجام وظایف غیر پرستاری می‌باشد. تشخیص لزوم انجام اقدامات درمانی توسط پزشک بدون توجه به خواسته‌های بیمار و خانواده وی و آگاه سازی بیمار و خانواده منجر به افزایش میزان مراقبت‌های بیهوده می‌گردد. برخی مشارکت کنندگان معتقد بودند که بسیاری از کارهای روتین نه تنها بیهوده است بلکه برای بیمار عوارض دارد و اکثراً می‌گفتند که باید کارهای روتین بازنگری شود

تشکر و قدردانی

این مطالعه بخشی از رساله دکترای پرستاری خانم لیلی یکه فلاح به راهنمایی خانم دکتر طاهره اشک تراب است. پژوهشگران از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی شعبه بین الملل جهت حمایت مالی و از مشارکت کنندگان به دلیل بیان تجارب ارزنده خویش تشکر و قدردانی می‌نمایند. پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند که از همکاران محترمی که در امر بازنگری و اصلاح کدها پژوهشگران را یاری نمودند، صمیمانه سپاسگزاری نمایند.

بخش‌های ویژه، افزایش همکاری و مشارکت گروهی و ایجاد نگرش مثبت نسبت به حرفه پرستاری لازمه مواردی هستند که باید به آن‌ها توجه شود. همچنین از آنجایی که دستورالعمل‌هایی که حدود و مصادیق مراقبت بیهوده را برای تیم درمان روشن می‌کنند در ایران تدوین نشده است، بنابراین تدوین دستورالعمل‌هایی برای تصمیم‌گیری در مراقبت‌های بیهوده به ویژه در مواردی نظیر مراقبت‌های پایان حیات ضروری به نظر می‌رسد (۱۵).

منابع

- 1- Biley C, Ellenrieder M, Elmer F, et al. Nursing redefined: emergent insights from studying the art and science of Nursing in Germany and Switzerland. *Theoria: Journal of Nursing Theory*. 2005; 14(2): 23-6.
- 2- Taylor C, Lillis C, Lemone P. *Fundamentals of Nursing the art and science of nursing care*. 5thed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
- 3- Potter Patricia A, Perry Anne G. *Fundamentals of nursing*. 7thed. Mosby Elsevier; 2009.
- 4- Miyawaki M. Reconsidering the value of caring in Nursing the value of caring in Nursing practice. *Journal of philosophy and ethics in health care and medicine*. 2010; 4: 5-17
- 5- Heland M. Fruitful or Futile: Intensive care nurses experiences and perceptions of medical futility. *Aust Crit Care*. 2006; 19(1): 25-31.
- 6- Espinosa L, Anne Y, Lene S, Brenda H, Teresa W. ICU Nurses experiences in providing terminal care. *Crit Care Nurs Q*. 2010; 33(3): 273-81.
- 7- Niderman B, Berger JT. The delivery of futile care is harmful to other patients. *Crit Care Med*. 2010; 38 (10 suppl): S518-22.
- 8- Gabbay E, Calvo-Broce J, Meyer KB, Trikalinos TA, Cohen J, Kent DM. The empirical basis for determinations of medical futility. *J Gen Intern Med*. 2010; 25(10): 1083-9
- 9- Palda VA, Bowman KW, McLean RF, Chapman MG. "Futile" care: do we provide it? Why? A semistructured, Canada-wide survey of intensive care unit doctors and Nurses. *J Crit Care*. 2005; 20(3): 207-13.
- 10- Chwang E. Futility Clarified. *J Law Med Ethics*. 2009; 37(3): 487-95.

- 11- Neuberger Gerald W. The cost of end of life care: A new efficiency measure falls short of AHA/ACC Standards. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2009; 2(2): 127-33.
- 12- Van Manen, M. *Researching Lived Experience: Human Science for an Action Sensitive Pedagogy*. Canada: University of Western Ontario; 2001.
- 13- Pazargadi M, Zagheri Tafreshi M, Abed Saeedi Z. Nurses' perspectives on quality of nursing care: a qualitative study. *Pejouhesh*. 2007; 31(2):155-58. [In Persian]
- 14- Wesley J Smith. 'Futile care' duty to die may be coming to a hospital near you. [2012/11/05]. Available at: URL: <http://dailycaller.com/2012/05/11/futile-care-duty-to-die-may-be-coming-to-a-hospital-near-you/>.
- 15- Aramesh K. Medical futility. *Ijme*. 2008; 1(4): 47-52. [In Persian]
- 16- Meltzer LS, Huckabay LM. Critical Care nurses perceptions of futile care and its effect on burnout. *Am J Crit Care*. 2004; 13(3): 202-08.
- 17- Sibbald R ,Downar J ,Hawryluck L. Perceptions of futile care among caregivers in intensive care units. *CMAJ*. 2007; 177(10): 1201-08.
- 18- Baljani E, Azimi N, Hosseinloo A. A Survey On Nurses' Perceptions of The Importance of Caring Behaviors and Factors Affecting its Provision. *Evidence Based Care*. 2012; 2(2): 13-21. [In Persian]
- 19- McMillen RE. End of life decisions: Nurses Perceptions, Feelings and Experiences. *Intensive Crit Care Nurs*. 2008, 24(4): 251-9.

Experiences of Critical Care Units Nurses about Futile Care; a Qualitative Study

Yekefallah L¹, Ashktorab T², Manoochehri H³, Alavi Majd H⁴

¹PhD. Dept. of Nursing, Faculty of Medical Sciences, School of Nursing and Midwifery, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

²Associate professor. Dept. of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³PhD. Dept. of Health Care Management, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁴Associate professor. Dept. of Biostatistics, Faculty of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Corresponding Author: Dept. of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Email: t_ashktorab@sbmu.ac.ir

Received: 30 Dec 2013 **Accepted:** 2 Oct 2014

Background and Objectives: The concept and meaning of futile care depends on the existing culture, values, religion, beliefs, medical achievements and emotional status of a country. We aimed to elaborate the concept of futile care from view points of nurses working in critical care units in Iran.

Materials and Methods: The participants of this phenomenological study included 25 nurses working in the ICUs. Face-to-face interviews and observations were used to collect data. All interviews were recorded; and codes and themes were extracted using the Van Manen's analysis method.

Results: Initially, 191 codes were extracted. During data analysis and comparisons, the codes were reduced to 178 ones. Ultimately, nine sub-themes and four themes were emerged. The participants defined the futile care as: “useless and ineffective care that wastes resources and irritates and annoys the patients and nurse; and includes Nursing and medical aspects”.

Conclusion: Regarding key role of nurses in managing futile care, being aware of their experiences in this regard could be the initial step for providing useful care and delivering educational programs in ICUs.

Key words: *futile care, nurses, intensive care unit, qualitative study, Iran*

Please cite this article as follows:

Yekefallah L, Ashktorab T, Manoochehri H, Alavi Majd H. Experiences of Critical Care Units Nurses about Futile Care; a Qualitative Study. Preventive Care in Nursing and Midwifery Journal (PCNM); 2014-2015; 4(2): 23-34.
