

واکنش پرستاران بخش های آی سی یو در مقابل مراقبتهای بیهوده: یک مطالعه پدید شناسی

پژوهشگران: لیلی یکه فلاح^۱، طاهره اشک تراب^{۲*}، هومان منوچهری^۳، حمید علوی مجد^۴

(۱) گروه پرستاری، استادیار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران
(۲) گروه پرستاری، استاد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
(۳) گروه پرستاری، استادیار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
(۴) گروه آمارحیاتی، دانشیار، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۱۰/۲۵

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۶/۱۰

چکیده

مقدمه: تنیدگی اخلاقی ناشی از انجام مراقبتهای بیهوده بسیار بالاست و کاهش میزان مراقبتهای بیهوده منجر به کاهش تنیدگی و افزایش رضایت شغلی پرستاران می شود.

هدف: این مطالعه با هدف تبیین واکنش پرستاران بخش های مراقبت ویژه در مقابل مراقبتهای بیهوده صورت گرفت.

روش کار: این مطالعه کیفی از نوع پدید شناسی تفسیری بود که در راستای درک واکنش پرستاران بخش های آی سی یو در مقابل مراقبتهای بیهوده انجام شد. در این مطالعه از مصاحبه های فردی و مشاهده استفاده شد. کلیه مصاحبه ها ضبط و سپس کدها و درون مایه ها با استفاده از روش تحلیل Van Manen استخراج گردید.

نتایج: در این پژوهش ۲۵ پرستار شاغل در آی سی یو در مصاحبه فردی شرکت کردند. در کدگذاری اولیه ابتدا تعداد ۸۲ کد استخراج گردید. در فرآیند تحلیل و مقایسه مداوم داده ها، تعداد کدها به ۷۸ کد تقلیل یافت. در نهایت ۶ طبقه، ۱۷ زیر طبقه و ۲ درون مایه حاصل گردید. این درون مایه ها شامل "مراقبت رباتیک" و "تعارض اخلاقی - عاطفی" می باشد.

نتیجه گیری: مشاهده مراقبت های بیهوده باعث بروز پاسخ های عاطفی قوی توسط پرستاران می شود. فقدان دستورالعمل برای عملکرد پرستاران در شرایط مراقبتهای بیهوده از جمله مشکلات اساسی پرستاران در انجام این مراقبت ها می باشد. 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. با استفاده از تحلیل یافته های این پژوهش مدیران پرستاری می توانند راهبردهای حمایتی برای کاهش میزان مراقبتهای بیهوده و در نتیجه حل مشکلات اختصاصی پرستاران بخش های ویژه نظیر فرسودگی شغلی - تنش اخلاقی و ترک محل خدمت اتخاذ نمایند.

کلیدواژه: کادر پرستاری بیمارستان، بخش های مراقبت ویژه، مراقبت پرستاری

مقدمه

برای بیمار مراقبت بیهوده نامیده می شود (۴). واژه "مراقبت بیهوده یا Futile care برای اولین بار در سال ۱۹۸۰ تعریف شد و از سال ۱۹۹۰ وارد متون اخلاق پزشکی شده است (۴).

تعریف مراقبت بیهوده بر حسب شرایط بیماران و ارزشهای فردی پرستاران متفاوت است (۵). همچنین تعریف مراقبت های بیهوده به چگونگی تصور از کیفیت و کمیت زندگی و عقاید اخلاقی و قضاوت، در مورد درمان موفق و ناموفق نیز بستگی دارد (۵).

به دلیل الزام در اجرای دستورات پزشکی و آگاهی در مورد

مراقبت در واقع اصل و جوهره پرستاری است و نظریه پردازان پرستاری به کرات مفهوم سلامت را با مراقبت مرتبط ساخته اند (۱). مراقبت با معالجه متفاوت بوده و دربرگیرنده پرورش، فعالیتهای حرفه ای، فرآیندها و تصمیمات سرنوشت ساز می باشد. به عبارت دیگر مراقبت ارایه خدمات پرستاری به شکل معنوی، جسمی و روانی به مددجو و خانواده وی است (۲). نزدیک به نیمی از بیمارانی که در بیمارستان های آمریکا فوت می کنند در آی سی یو بستری شده و مراقبت بیهوده دریافت می کنند (۳). مراقبتهای درمانی با اثرات درمانی اما بدون فایده و سود

تنیدگی اخلاقی ناشی از انجام مراقبتهای بیهوده بسیار بالاست و کاهش میزان مراقبتهای بیهوده منجر به کاهش تنیدگی و افزایش رضایت شغلی پرستاران می شود (۱۱).

پرستاران نقش کلیدی در انجام و قطع مراقبت های بیهوده دارند و اگر تجربه برخورد با چنین موقعیت هایی را داشته باشند می توانند تأثیر بسیار مهمی بر بیمار و خانواده بگذارند. میزان مواجهه پرستاران با موقعیت های مراقبتهای بیهوده با طول مدت کار در بخش های ویژه تناسب دارد (۱۲). همچنین از آنجایی که میزان تجربه پرستار در خصوص مراقبتهای بیهوده با افزایش طول مدت کار در بخش های ویژه افزایش می یابد لذا تشخیص موقعیت های بیهوده در پرستارانی که تجربه کار بیشتری در این بخش ها دارند بیشتر از سایر پرستاران است. نقش تجربه و تشخیص مراقبتهای بیهوده با سن و طول مدت کار در بخش های ویژه و انجام کار پرستاری کاملاً متناسب است. بعلاوه فقدان مکانیسم های تطابقی در مقابل تنیدگی اخلاقی با تکرار مواجهه با مراقبتهای بیهوده در پرستاران بخش های ویژه دیده می شود (۱۱).

برقراری ارتباط بین پزشک و پرستار در رفع این تنیدگی ها بسیار ارزشمند می باشد. اغلب پزشکان از نقش پرستاران در مراقبتهای پایان عمر ناآگاه هستند و یا به پرستاران اطمینان ندارند. بسیاری از پرستاران معتقدند احساس می کنند در کنار خط یا میدان تصمیم گیری های پزشکان در خصوص مراقبتهای پایان عمر هستند و در این مورد احساس تنهایی و عدم اطمینان دارند. این احساس به خصوص زمانی که تصمیمات پزشک بر خلاف عقاید شخصی پرستاران باشد، تشدید می شود. پرستاران اغلب تمایل دارند شرایط بیمار و جزئیات درمان را به بیمار در صورت امکان و به خانواده اش اطلاع رسانی نمایند، اما به دلیل احتمال عدم موافقت پزشکان، از دادن اطلاعات جامع به بیماران می ترسند (۶). داشتن استقلال در ارائه اطلاعات لازم به خانواده از تنش اخلاقی پرستاران می کاهد (۸).

در ایران نیز تفاوت نظرات پزشکان در خصوص مراقبتهای بیهوده یکی از بزرگترین مشکلات در ارائه

بی فایده بودن مراقبت های بعمل آمده در پرستاران تعارض ایجاد می گردد. پرستاران انتظار دارند طبق اصول اخلاقی مراقبت ها را انجام دهند و وقتی در چنین موقعیت های کاری (مراقبتهای بیهوده) قرار می گیرند، دچار تنش اخلاقی می شوند. کیفیت مراقبت های پایان عمر در ICU به دلیل عدم توافق بین خانواده بیمار و پزشکان، پیش-آگهی نامعلوم و مشکلات ارتباطی بین پزشکان و خانواده بیمار، پیچیده شده است (۶). در مواجهه با موقعیت های مراقبت بیهوده علاوه بر تیم درمان، بیماران و خانواده هایی که از آنها مراقبت می کنند نیز دچار تنیدگی می شوند، البته با استفاده از اصول و استانداردهای اخلاق حرفه ای پرستاران باید نه تنها بتوانند در موقعیت های مراقبت بیهوده اصول اخلاقی را مد نظر قرار دهند و بر تنیدگی اخلاقی خود غلبه نمایند، بلکه باید بتوانند تنیدگی اخلاقی خانواده بیمار را نیز کاهش دهند (۱). نتایج مطالعه ای مؤید آن است که ۸۷ درصد از پرستاران به ندرت با خانواده بیماران بستری به همدردی و سوگواری می پردازند. بزرگترین مانع در ارائه مراقبت های پایان عمر مناسب، رفتارهای خانواده بیماران می باشد که باعث عدم ارائه مراقبت صحیح توسط پرستاران می شود. رفتارهایی که باعث طولانی شدن زجر بیمار و باعث بروز درد در بیمار و عدم توافق بین پزشکان در مورد برنامه مراقبتی می شود (۷).

انجام مراقبتهای بیهوده باعث زجر و آزار بیمار در حال مرگ شده و روی سایر بیماران و منابع نیز تأثیر دارد (۸). برخی از عوارض - نظیر ایجاد مقاومت آنتی بیوتیکی - ممکن است برای جامعه نیز خطر ها و هزینه هایی جدی در بر داشته باشد لذا تحمیل درد و رنج و عوارض جانبی غیر ضروری به بیمار غیر اخلاقی به نظر می رسد (۹). پرستارانی که در بخش های ویژه کار می کنند اغلب هفته ها یا ماهها با مراقبتهای بیهوده یا بی فایده سر و کار دارند و از آنجایی که بعد از ۱۲ ساعت مراقبت از بیماران از نظر جسمی و عاطفی پرستاران دچار وابستگی عاطفی می گردند، این پرستاران به دلیل ارائه مراقبت بیهوده در معرض تنش های اخلاقی قرار می گیرند (۱۰).

توصیف‌های ارائه شده توسط مشارکت‌کنندگان پرسیده شد. پرسش‌های زیر نمونه‌ای از اینگونه سؤالها می‌باشند.

- هنگام انجام مراقبت بیهوده چه احساسی دارید؟
- آیا نحوه مراقبت شما در موقعیتهای مراقبت بیهوده تغییری می‌کند؟ توضیح دهید
- آیا در حین انجام مراقبتهای بیهوده مشکلی برای شما ایجاد می‌شود؟ توضیح دهید
- رفتارهای شما در حین انجام مراقبت بیهوده شامل چه مواردی هست؟ مثالی بزنید.
- استراتژی‌های پیشنهادی شما برای کاهش مراقبتهای بیهوده کدامند؟

تعداد مشارکت‌کنندگان 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، اطلاعات ضبط شده، چندبار بطور 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 گوش‌دادن 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. از روش مشاهده‌های ساختار نیافته نیز در حین مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته برای ثبت رفتارها، ارتباطات غیرکلامی، ظاهر، بیان صورت و تماس چشمی شرکت‌کنندگان در پژوهش استفاده شد. بدین‌منظور در صورت امکان ثبت مشاهدات در ضمن انجام مصاحبه و یا بلافاصله بعد از مصاحبه صورت پذیرفت. از این اطلاعات تکمیلی در زمان دست‌نویس کردن اطلاعات مصاحبه‌ها و تبیین مفهوم استفاده شد. روش تحلیل داده بر اساس فعالیت‌های پدیده‌شناسی Van Manen انجام شد. Van Manen شش فعالیت زیر را به عنوان رویکرد عملیاتی

مراقبتهای پایان عمر می‌باشد. ناآگاهی در مورد نقش پرستاران در اداره 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، پژوهش‌های اندکی در خصوص نحوه برخورد پرستار با بیمار و خانواده به هنگام مراقبتهای بیهوده انجام شده است (۱۳). برای شناسایی و ریشه‌یابی این چالشها بالطبع درک واکنشهای پرستاران بخش‌های ویژه در طی انجام مراقبتهای بیهوده از مهمترین گام‌ها در ارائه راهکار به منظور ارتقاء کیفیت مراقبتهای پرستاری در این بخشها می‌باشد (۱۴). بدین منظور پژوهشگر بر آن شد به تبیین واکنش پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه در مقابل مراقبتهای بیهوده پردازد.

روش کار

این مطالعه کیفی از نوع پدیده‌شناسی تفسیری Van Manen در راستای درک تجارب پرستاران بخشهای آی‌سی‌یو از مفهوم مراقبت بیهوده انجام شد. جامعه آماری این پژوهش شامل پرستاران بخشهای ویژه شاغل در ۱۱ بیمارستان آموزشی در استان قزوین بودند. در این پژوهش با روش نمونه‌گیری هدفمند ۲۵ پرستار، در مصاحبه فردی شرکت کردند. معیارهای ورود مشارکت‌کنندگان به مطالعه داشتن حداقل مدرک کارشناسی پرستاری و حداقل یک سال سابقه کار در بخش مراقبت ویژه و سالم‌بودن از لحاظ شنیداری و گفتاری بود. نمونه‌گیری تا زمان رسیدن به اشباع داده‌ها، ادامه یافت. جهت جمع‌آوری داده‌ها از روش مصاحبه نیمه ساختار یافته استفاده شد. در کنار مصاحبه‌ها، از یادداشت‌برداری در عرصه نیز استفاده شد و موارد مشاهده شده در تأیید و یا نفی صحبت مشارکت‌کنندگان، یادداشت گردید. این مصاحبه‌ها از اردیبهشت سال ۱۳۹۲ تا آبان سال ۱۳۹۲ صورت گرفت. برای شروع مصاحبه و رسیدن به درکی جامع از پدیده مورد پژوهش، از هر یک از مشارکت‌کنندگان خواسته شد تا تجربه خویش را در خصوص عکس‌العمل در مقابل مراقبتهای بیهوده بیان نمایند. سؤال‌های بعدی با توجه به

از نقل قول‌های شرکت‌کنندگان، متون پدیده‌شناسی را که در حقیقت معرفی یافته‌های این پژوهش هستند تنظیم نموده است.

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

پژوهشگر سعی کرده است در این مطالعه چنانچه Van Manen 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 پردازد.

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

پژوهشگر در این مطالعه با استفاده از رویکرد جزئی‌نگر و انتخابی (۱۴) به تبیین واکنش پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه در مقابل مراقبتهای بیهوده 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.

صحت یافته‌های کیفی بر اساس چهار ملاک مطرح شده شامل اعتبار، تأیید پذیری، قابلیت اعتماد و قابلیت انتقال مورد بررسی قرار گرفت. بدین‌منظور جهت افزایش مقبولیت، پژوهشگران تعامل کافی و نزدیک با مشارکت‌کنندگان داشتند. بازنگری متون مصاحبه توسط مشارکت‌کنندگان و بازنگری کدهای استخراجی توسط پنج ناظر خارجی که هم تجربه کار در محیط پژوهش و هم پژوهش فنومنولوژی داشتند، انجام و از نظرات تکمیلی و اصلاحی همکاران استفاده شد. لازم به ذکر است که پژوهشگر کلیه ملاحظات اخلاقی از جمله محرمانه ماندن اطلاعات را رعایت نموده است.

نتایج:

در پژوهش کنونی، ۲۵ مشارکت‌کننده از هر دو جنس (۲۱ مؤنث، ۴ مذکر)، با محدوده‌ی سنی ۴۵-۲۷ سال و با میانگین سنوات خدمت ۵/۱۲ ± ۱۰/۲۴ سال، میانگین سنوات‌کار در بخش مراقبت‌ویژه ۴/۲۴ ± ۷/۰۲

انجام پدیده‌شناسی هرمنیوتیک بیان نموده است (۱۵) 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 پژوهشگر به عنوان مدیر پرستاری در بیمارستان کار می‌کرده است. به هنگام راند بخش‌های ویژه متوجه شدم که برخی پرستاران انجام برخی مراقبت‌ها را کاملاً بیهوده 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 می‌گذارد، لذا اینجانب علاقمند شدم تا در مورد پدیده مراقبت بیهوده و واکنش پرستاران بخش‌های آی‌سی‌یو در مقابل مراقبتهای بیهوده پژوهشی را انجام دهم.

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

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 شده و با سؤالات عمومی ادامه یافته و تدریجاً بر مسائل خاص متمرکز می‌شد.

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

پژوهشگر در این مطالعه از رویکرد جزئی‌نگر و انتخابی برای جداکردن جملات مضمونی استفاده نموده است، بدین ترتیب که ابتدا هر مصاحبه چند بار خوانده و پرسیده شد که: کدام عبارات یا جملات در توصیف پدیده یا تجربه مورد نظر ضروری است. سپس این عبارات مشخص و زیر آن خط کشیده شد. عباراتی مشابه با گفته‌های پرستاران (توصیفی) یا تفسیر و معانی آنها (تفسیری) نوشته شدند؛ از ادغام و طبقه‌بندی جملات مضمونی، طبقات فرعی و درون مایه‌های 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

ب- محرومیت از مراقبت: شامل سه زیر طبقه: "عدم انجام عملیات احیاء (CPR)، قطع داروها و عدم انجام برخی مداخلات پرستاری بود.

پرستاران اظهار داشتند برخی مراقبتهای نظیر فیزیوتراپی اندام، گواژ و آنتی بیوتیک درمانی به علت بی فایده بودن انجام نمی شود. مشارکت کننده ای در خصوص محرومیت از مراقبت اظهار نمود که "دکتر..... همه داروها رو قطع میکنه به جز آنتی اسید و استامینوفن چون خونریزی میکنند وضع بدتر میشه. ولی آنتی بیوتیکها و فنی توئین، ویتامین، ان استیل سیستین، برم هگزین را قطع میکنند.

مواردی مثل نوارقلب چون سند میخواد مجبوریم انجام بدیم اما چیزهایی که میشه همینجوری نوشت را می نویسیم اما انجام نمیدیم (مشارکت کننده شماره ۲).
"CVP رو که هر یک ساعت نوشتند ما هر ۳ ساعت کنترل می کنیم ولی هر یک ساعت مینویسیم. (مشارکت کننده ۱۴)

ج- مراقبت سرسری: شامل سه زیر طبقه: کم رنگ کردن مراقبتهای، الویت دادن به سایر بیماران و تغییر داروها به داروهای در دسترس بود.

عدم رعایت اصول مراقبتی توسط پرستاران و کوتاهی در مراقبت باعث بروز عوارض ناشی از مراقبت نادرست و افزایش میزان مراقبت بیهوده می شود. همچنین بی مسئولیتی در قبال انجام وظیفه و انجام ناکافی درمان و مراقبت تبعات زیادی برای بیمار به ارمغان می آورد. مشارکت کننده ای در خصوص مراقبت سرسری اظهار نمود که "نهایتش اینه که می خواهیم ساکشن کنیم، فیزیوتراپی قفسه سینه را انجام نمی دهیم. ولی دارو را که باید اجرا کنیم (مشارکت کننده شماره ۳).

۲- تعارض اخلاقی - عاطفی
دومین درون مایه تعارض اخلاقی - عاطفی (کرختی عاطفی- تنش اخلاقی و تعارض مثبت) می باشد.
الف: کرختی عاطفی: شامل دو زیر طبقه: بی تفاوت بودن نسبت به مرگ بیمار و کارکردن بدون احساس و انرژی بود.

سال و با تحصیلات کارشناسی و کارشناسی ارشد پرستاری از مراکز درمانی مختلف استان قزوین مورد مصاحبه عمیق و نیمه ساختار یافته قرار گرفتند.

با تجزیه و تحلیل اطلاعات ۶ طبقه، ۱۷ زیر طبقه و ۲ درون مایه "مراقبت رباتیک" و "تعارض اخلاقی - عاطفی" استخراج گردید. واکنش پرستاران در مقابل مراقبت بیهوده تحت عنوان "مراقبت رباتیک و تعارض اخلاقی - عاطفی به صورت مراقبت رباتیک (الف- مراقبت روتین وار ب- محرومیت از مراقبت ج- مراقبت سرسری) و تعارض اخلاقی-عاطفی (الف- کرختی عاطفی ب - تنش اخلاقی ج- تعارض مثبت) تعریف گردید. این درون مایه ها و زیر درونمایه ها در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

۱ - مراقبت رباتیک:
اولین درون مایه مراقبت رباتیک بود. یکی از واکنش های پرستاران در ارائه مراقبتهای بیهوده به صورت مراقبت رباتیک (الف- مراقبت روتین ب- محرومیت از مراقبت ج- مراقبت سرسری) بود.
مراقبت روتین: شامل دو زیر طبقه "تفاوت قایل نشدن بین بیماران و"انجام کار از روی عادت" بود.

پرستاران معتقدند بیمارانی که مراقبتهای بیهوده برای آنان انجام می گیرد مراقبتهای معمولی را دریافت می نمایند که در شرح وظایف پرستار تعریف شده و پرستار آنها را سرموقع انجام می دهد. گاهی این کارها با عقاید و نظرات آنها مغایر است. ولی چون دستور پزشک و وظیفه بالینی ایشان است، انجام می دهند.

مشارکت کننده ای در خصوص مراقبت روتین اظهار نمود که "بیشتر کارها روتین شده مثلاً الان ۱۱ شب شده و طبق معمول باید ساکشن کنیم دیگر نگاه نمی کنیم اشباع اکسیژن خون این مریض خوبه، احتیاج به ساکشن نداره. ما فقط برحسب ساعت کارها را انجام می دهیم. مثلاً صبح دوبار ساکشن می کنیم. ما کارهامون را از روی عادت انجام میدیم. از ما میخوان. اینجا یک چیزهایی روتین شده، متأسفانه، مثلاً توی شیفت شب باید ۳ بار حتماً ساکشن کنیم. برای بچه ها هم روتین شده چون سرپرستار شیفت صبح از بچه های خود (مشارکت کننده شماره ۱۲).

خصوص تعارض مثبت اظهار نمود که "من این احساس را دارم که مریض هنوز زنده است روح تو بدنشه به نظر من تا زمانی که ضربان قلبش میزنه یک موجود زنده است. حتی با مرگ مغزی، ولی هنوز زنده است.

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش که با هدف تبیین واکنش پرستاران بخش های آی سی یو در مقابل مراقبتهای بیهوده انجام شد، نشان داد که واکنش پرستاران بخش های آی سی یو در مقابل مراقبتهای بیهوده به صورت مراقبت رباتیک و تعارض اخلاقی - عاطفی ظاهر می شود. بسیاری از مشارکت کنندگان مراقبت بیهوده را به عنوان رنج و عذاب توصیف کرده بودند و اذعان داشتند که آنها احساس می کنند فقط باعث طولانی شدن یک زندگی دردناک می شوند. به دلیل ایجاد تنش اخلاقی ناشی از مراقبتهای بیهوده که منجر به خستگی عاطفی و فرسودگی شغلی پرستاران بخش های ویژه می شود، پرستاران نیازمند گذراندن دوره های جامع آموزش اصول اخلاقی مربوط به مراقبتهای بیهوده می باشند. بسیاری از پرستاران اذعان داشتند نگرانی در مورد تنیدگی شان منحصر به فرد و متناسب با چیزی که سایر پرستاران تجربه می کنند، نمی باشد. برای انجام مراقبت مؤثر در چنین شرایطی، برقراری ارتباط با کلیه اعضای درگیر، از جمله پرستاران، بیمار، خانواده و سایر اعضای تیم درمانی حیاتی می باشد. بی توجهی به اصول اخلاقی توسط کارکنان و سکوت در مقابل خطاها موجب افزایش مراقبتهای بیهوده می گردد. از پرستاران انتظار می رود در برابر بیمار و در مورد مسائل درمانی، راستگویی را رعایت نمایند. بی توجهی به این امر و یا دادن وعده های درمانی قطعی به بیمار از سوی پزشک موجب افزایش امید واهی و افزایش مراقبتهای بیهوده می گردد.

گرچه صاحب نظران اخلاق، چهار اصل خودمختاری فرد، عدم ضرررسانی، سودمندی و عدالت را مبنای عملکرد پرستاری دانسته اند، لیکن بی توجهی به اصول اخلاقی توسط کادر درمان و عدم تعهد اخلاقی پزشک در کسب رضایت از بیماران جهت انجام پروسیجرهای مختلف از

پرستاران در بخش های ویژه کم کم به فوت بیماران در حال اغماء عادت می کنند و این مسئله باعث می شود که در برخورد با بیماران دیگر امیدوار نباشند و به بهبودی بیمار فکر نکنند و نهایتاً تلاشی برای برگشت وی انجام نمی دهند. مشارکت کننده ای در خصوص کرختی عاطفی اظهار نمود که "منی که هر روز میام همین کارها را می کنم هیچ تأثیری هم نداره، هم خراب میشه. من اگه همچین مریضی داشته باشم دیگه فرقی برام نداره که این مطلبو میدونم یا نه (مشارکت کننده شماره ۷).

ب: تنش اخلاقی: شامل پنج زیرطبقه: افسردگی، ناراحتی، خستگی، بی انگیزگی و واکنش کلامی بود.

ترس افسردگی، عصبانیت، بی حوصلگی، بی معنا بودن زندگی، حس بی ارزش بودن انسان، درماندگی و احساس گناه از جمله واکنش های پرستاران در مقابل بیمارانی بود که مراقبت های بیهوده دریافت می کردند. پرستاران بر این باورند که خستگی ناشی از مراقبت از این بیماران، مانع ادامه مراقبتهای پرستاری کافی و کامل به سایر بیماران شده و منجر به ایجاد تنش اخلاقی در آنان می شود. مشارکت کننده ای در خصوص تنش اخلاقی اظهار نمود که "چون بعضی هاشون خیلی جوون هستند، آدم ناراحت میشه. این نمونه ها را که دیدم توی روحیه ام خیلی تأثیر داشته از اون شور و حال قبلی افتادم حتی توی خونه هم می گن تو زمانی که بخش ویژه کار نمی کردی سرخالترو قبراق تر بودی الان همیشه خسته ای وقتی میایی خونه. آدم دپرس میشه. می گم فردا آخر و عاقبت ماها چی می خواد بشه ماها هم می خواهیم روی همین تختها بیافتیم توی روحیه آدم خیلی تأثیر می گذاره (مشارکت کننده شماره ۳).

ج: تعارض مثبت: شامل دو زیرطبقه: "حس ترحم" و "اصرار به انجام مراقبت بیهوده" بود.

برخی پرستاران اظهار داشتند گاهی اوقات برای ارضاء شغلی خود مراقبتهای بیهوده را انجام می دهند. داشتن حس ترحم، حس پناه دادن و به آخر خط رسیدن و همدردی با خانواده از جمله دلایل پرستاران برای انجام مراقبتهای بیهوده مطرح گردید. مشارکت کننده دیگری در

می شود یا فوت می کند. انجام این کارهای روتین جزء مسئولیت های مراقبین است و آنان خود را مسئول اجرای آنها می دانستند و مسئولیت پذیری در قبال کارهای روتین را تأکید می کردند. تحقیقات نشان می دهد عواملی مثل کمبود نیرو، شرایط جوی غیراستاندارد، نبود حمایت سازمانی، نارضایتی پرستاران به طور منفی، بر نحوه ارائه مراقبت های پرستاری تأثیر دارد و می تواند منجر به انجام مراقبت بی کیفیت گردد (۱۶).

نتایج مطالعه بالجانی و همکاران نشان داد پرستاران به جنبه های روتین تکنیکی مراقبت بیشتر از جنبه های عاطفی - اجتماعی اهمیت می دهند که این رویکرد نمی تواند تمام نیازهای مددجویان را تأمین کند و لازم است مدیران پرستاری و مربیان در آموزش و برنامه ریزی به این موارد توجه داشته باشند (۱۷). برحسب نتایج این پژوهش بسیاری از پرستاران از این که اغلب در ایستگاه پرستاری هستند، به کارهای روتین می پردازند و کمتر بر بالین بیمار حضور دارند، گله مند بودند.

Meltzer اذعان دارد که مراقبت بیهوده روی مراقبین حرفه ای تأثیر می گذارد. خستگی زودرس، خستگی جسمی، خستگی مزمن، احساس تحلیل رفتن و حس فرسودگی از جمله مواردی بود که پرستاران به دنبال کار با دریافت کنندگان مراقبت های بیهوده تجربه کرده بودند. خستگی و کاهش انرژی به صورت خسته شدن جسم و روح مطرح می شود که می تواند منجر به کاهش کمیت و کیفیت عملکرد شود. انجام دستورات درمانی که خود پرستاران مخالف انجام آن هستند، عدم ارائه عقایدی که مخالف نظر تیم پزشکی است و نداشتن قدرت، در سیستمی که یک نفر حرف نهایی را در مورد زندگی فرد دیگری می زند، همگی از جمله عوامل ایجادکننده چالش های اخلاقی و ناامیدی در پرستارانی می شود که درگیر انجام مراقبتهای بیهوده هستند (۱۸).

بر اساس نتایج این مطالعه مراقبت بیهوده، منجر به ایجاد مراقبت رباتیک و تعارض اخلاقی - عاطفی در پرستاران می شود. مشاهده مراقبت های بیهوده باعث بروز پاسخ های عاطفی قوی توسط پرستاران می گردد و آنها در

مشکلاتی بود که توسط مشارکت کنندگان اظهار شد. بی توجهی به اصول اخلاقی توسط کارکنان و سکوت در مقابل خطاها موجب افزایش مراقبتهای بیهوده می گردد، بنابراین تنظیم اهداف مراقبتی واقع بینانه و منطقی همراه با رعایت ارزشهای ضروری و اولویتهای مهم ترین اصل برای جلوگیری از ایجاد موقعیتهای مراقبت بیهوده می باشد. در نتیجه کاهش مراقبتهای بیهوده منجر به کاهش تنش اخلاقی و افزایش رضایت شغلی می شود. بی توجهی به اصول اخلاقی توسط کارکنان و سکوت در مقابل خطاها موجب افزایش مراقبتهای بیهوده می گردد (۱۰).

یکی از چالش های پرستاران در مورد مراقبتهای بیهوده در خصوص عملیات احیاء قلبی و ریوی و مدیریت ضعیف در خصوص دستورات (عدم انجام احیاء) است. چالش همه بخش های مراقبت ویژه، تدوین یک ساختار تصمیم گیری و تقویت نقش پرستار به منظور راهنمایی دلسوزانه بیمار و خانواده در طی این فرآیند، می باشد (۱۲). از آنجایی که بر اساس قوانین کشور ایران پرستاران باید بیماران NO Code را احیاء کنند. پرستاران اظهار نمودند که انجام عملیات احیاء برای برخی بیماران واقعاً بی فایده است. احیای بیمار دچار سرطان پیشرفته و بیماری های صعب العلاج تنها موجب زجر و تداوم ناراحتی آنان می شود و این امر با اصل اخلاقی خودمختاری بیمار در پذیرش نوع درمان در تعارض است (۱۳). عدم توجه پزشکان به خواسته های بیمار و خانواده وی و تصمیم گیری به جای بیمار بدون آگاه سازی بیمار و خانواده منجر به افزایش میزان مراقبتهای بیهوده می گردد (۱۵).

پرستاران در بخش های ویژه کم کم به فوت بیماران در حال اغماء عادت می کنند و این مسئله باعث می شود که در برخورد با بیماران دیگر امیدوار نباشند و کارهای روتین را انجام دهند و به بهبودی بیمار فکر نکنند و نهایتاً تلاشی برای برگشت وی انجام ندهند. برخی مشارکت کنندگان معتقد بودند که بسیاری از این کارهای روتین نه تنها بیهوده است بلکه برای بیمار عوارض دارد و اکثراً می گفتند که باید کارهای روتین بازنگری شود چون به بیمار آسیب می رساند و بیمار با عوارض زیادی مرخص

مواجهه با چنین تنیدگی نیاز به حمایت دارند (۱۹). عدم تدوین دستورالعمل برای عملکرد پرستاران در شرایط مراقبتهای بیهوده از جمله مشکلات اساسی پرستاران در انجام مراقبتهای بیهوده می باشد (۲۰). 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 بوسیله تنظیم راهکارهای ارتباطی، افزایش دانش، ارتقای قوانین و تدوین سیستم های حمایتی اخلاقی و عاطفی، ارتقاء یابد (۱۰). پرستاران نیاز به حمایت عاطفی و مذهبی برای مقابله با تنیدگی افزایش یافته ناشی از مراقبت های بیهوده دارند (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 می رسد. همچنین آموزش مداوم در عرصه های بالینی، ایجاد شرایط و امکانات لازم، افزایش تعداد نیروی انسانی کافی، تغییر روش های ارائه مراقبت های پرستاری به ویژه در بخش های 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 دستورالعمل هایی که حدود و مصادیق مراقبت بیهوده را برای تیم درمان روشن کنند در ایران تدوین نشده اند. بنابراین، تدوین دستورالعمل هایی برای تصمیم گیری در مراقبتهای بیهوده به ویژه در مواردی نظیر مراقبت های پایان حیات ضروری به نظر می رسد (۸).

تشکر و قدردانی:

این مطالعه بخشی از رساله دکترای رشته پرستاری با شماره مصوب ۷۸۰ می باشد. پژوهشگران از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی شعبه بین الملل و مشارکت کنندگان به دلیل بیان تجارب ارزنده خویش تشکر و قدردانی می نمایند. پژوهشگران بر خود لازم می دانند که از همکاران محترمی که در امر بازنگری و اصلاح کدها، پژوهشگران را یاری نمودند، صمیمانه سپاسگزاری نمایند.

جدول شماره (۱): واکنشهای پرستاران در مقابل مراقبت بیهوده

ردیف	درون مایه	طبقات (۶)	زیرطبقات (۱۷)
۱	مراقبت رباتیک	۱- مراقبت روتین	۱- تفاوت قاتل نشدن بین بیماران
			۲- انجام کار از روی عادت
		۲- محرومیت از مراقبت	۳- عدم انجام CPR
			۴- قطع داروها
	۳- مراقبت سرسری	۵- عدم انجام برخی مداخلات پرستاری	۶- کم رنگ کردن مراقبتها
			۷- الویت دادن به سایر بیماران
		۸- تغییر داروها به داروهای در دسترس	۹- بی تفاوت بودن نسبت به مرگ بیمار
			۱۰- کار کردن بدون احساس و انرژی
۲	تعارض اخلاقی - عاطفی	۴- کرخنی عاطفی	۱۱- افسردگی
			۱۲- ناراحتی
		۵- تنش اخلاقی	۱۳- خستگی
	۱۴- بی انگیزگی		
	۶- تعارض مثبت	۱۵- واکنش کلامی	
		۱۶- حس ترحم	
	۱۷- اصرار به انجام مراقبت بیهوده		

References

- 1-Biley C. Nursing redefined: emergent insights from studying the art and science of nursing in Germany and Switzerland. *Journal of Nursing Theory*.2005;14(2).p. 23-26. Available from: <http://eprints.bournemouth.ac.uk/5794/>
- 2-Taylor C, Lillis C, Lemone P. *Fundamentals of nursing the art and science of nursing care*. 5th ed. USA: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
- 3-Niderman B. The delivery of futile care is harmful to other patients. *Critical Care Medicine*.2010;38 (10):s18-22.
- 4- Gabbay E, Calvo-Broce J, Meyer K B. The empirical basis for determinations of medical futility. *Journal Gen Internal Medicine*. 2010; 25(10):1083-9.
- 5-Palda Valerie A, Bowman KW, Mclean Richard F, Chapman Martin G. Futile care: Do we provide it? why? A semi structured survey of intensive care unit doctors and nurses. *Journal of Critical Care*.2005;20:207-213.
- 6-Scanlon A. Medical futility in the care of non-competent terminally ill patient: nursing perspectives and responsibilities. *Australian Critical Care*.2014; 27:99-102.
- 7- 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.
- 8-Calvin A o, Lindy Cheryl M, Clingon Stefanie L. The cardiovascular intensive care unit nurses experience with end-of-life care: A qualitative descriptive study. *intensive and critical care nursing*. 2009; 25: 214-220.
- 9- Aramesh K. Futility in medicine. *journal of ethics & history of medicine*.1390:48-51.
- 10-Smith Wesley J. Futile care duty to die may be coming to a hospital near you. Available from: <http://dailycaller.com/2012/05/11/futile-care>
- 11-Mobley M J, Rady Mohamed Y, Verheijde Joseph L, Patel B, Larson Joel S. The relationship between moral distress and perception of futile care in critical care unit. *Intensive and Critical care nursing*. 2007;23:256-263.
- 12-Sibbald R, Downar J, Hawryluck L. Perceptions of futile care among caregivers in intensive care units. *CMAJ*. 2007; 177(10):1201-1208.
- 13-Heland M. Fruitful or Futile: Intensive care nurses experiences and perceptions of medical futility. *Australian Critical Care*. 2006; 19(1):25-31.
- 14-Espinosa L, Anne y, Lene S, Brenda H, Teresa W. ICU nurses experiences in providing terminal care. *Critical Care Nursing Quarterly*. 2010; 33(3).p.273-281.
- 15-Atashzadeh Shoorideh F, Ashktorab T, Yaghmaei F. The experience of moral distress in ICU nurses: A qualitative study. *Daneshvar journal*. 2011; 19 (95).p. 79-92. Available from: <http://en.journals.sid.ir/ViewPaper.aspx?ID=251990>
- 16-Soltani M, Hejazi SM, Norian A, Zendedel A, Ashkanifar M. comparing the effect of 8 week aquatic aerobic training on the rate of balance on high and low degree M.S patient. 6th international congress on physical education and sport sciences. Kish;2008.
- 17-Baljani S, Azimi N, Hosseinloo A. A survey on nurses' perception of the importance of caring behaviors and factors affecting its provision. *Journal of Evidence-based Care*. 2010; 2 (2).p. 13-21. Available from: <http://en.journals.sid.ir/ViewPaper.aspx?ID=247976>
- 18-Meltzer LS, Huckabay LM. Critical Care nurses perceptions of futile care and its effect on burnout. *American Journal of Critical Care*.2004; 13 (3):202-208.
- 19-Ferrel B R. Understanding the moral distress of nurses witnessing medically futile care. *Oncology nursing forum*. 2006;33(5):922-930.
- 20-McMillen R E. End of life decisions: Nurses Perceptions, feelings and experiences. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2007; 24(4):251-259.

Intensive Care Nurses' Reaction to Futile Cares: A Phenomenological Study

By: Yekefallah L¹, Ashktorab T^{2*}, Manoochehri H³, Alavi Majd H⁴

1-Department of Nursing, Assistant Professor, School of Nursing and Midwifery, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

2- Department of Nursing, Professor, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti, University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3- Department of Nursing, Assistant Professor, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti, University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4- Bio statistics, Associate Professor, Shahid Beheshti, University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: 2014/01/15

Accepted: 2014/09/01

Abstract

Introduction: Emotional stress due to futile care is very high and decreasing level of futile care can result in decrease of stress and increase nurses' job satisfaction.

Objective: This study aimed to determine intensive care nurses' reaction to futile cares.

Methods: In this qualitative study, a phenomenological approach was used. This study was conducted to understand ICU nurses' reaction to futile cares. Personal interview and observation was used for data collection. All interviews were recorded and coded and analyzed by Van Manen analytical method.

Results: In this study 25 ICU nurses participated in personal interview. In primary coding 82 codes were extracted. In process of analysis and constant comparison of data, codes decreased to 78. Finally six categories, 17 subcategories and 2 themes emerged. These themes included robotic care and ethic-emotional conflict.

Conclusion: Futile care causes the emotional exhaustion and moral distress for intensive care unit nurses. Lack of guidelines for nurses' practice futile care situation is among essential nursing care problems. Therefore in order to decrease futile care and its effects in nurses, health planners should develop appropriate interventions to overcome existant barriers.

Keywords: Hospital Nursing Staff, Intensive Care Units, Nursing Care

*Corresponding Author: Tahereh Ashktorab, Qazvin, School of Nursing and Midwifery

Email: t.ashktorab@sbmu.ac.ir