

## بررسی درک پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه نسبت به مراقبت بیهوده

نویسندگان:

سمیه محمدی<sup>۱</sup>، مصطفی روشن‌زاده<sup>۲\*</sup>

۱- گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران

۲- گروه پرستاری، مرکز تحقیقات مراقبت جراحی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران

Journal of Education and Ethics in Nursing, Volume 3, Number 2, Summer 2014

### چکیده:

**مقدمه:** توسعه‌ی روز افزون علوم پزشکی و بهداشتی فرصت بیشتری را برای ادامه‌ی زندگی در اختیار بیماران قرار داده است. در این میان افزایش بدون کیفیت طول عمر بیمارانی که در مرحله‌ی انتهایی زندگی قرار دارند، ارائه دهندگان مراقبت از جمله پرستاران را با چالش‌هایی در زمینه‌ی نجات بخش بودن یا بیهوده بودن مراقبت ارائه شده مواجه ساخته است. این پژوهش با هدف تعیین درک پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه نسبت به مراقبت بیهوده صورت گرفته است.

**روش کار:** مطالعه‌ی حاضر پژوهش توصیفی- مقطعی بوده که بر روی ۱۷۰ نفر از پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه‌ی بیمارستان‌های استان خراسان جنوبی در سال ۱۳۹۳ انجام شده است. پرستاران مورد پژوهش به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌ی پژوهشگر ساخته ۱۷ سوالی (از نظر تکرار و شدت) جمع‌آوری شده و توسط نرم افزار Spss نسخه‌ی ۱۶ و آزمون‌های آماری توصیفی (میانگین و انحراف معیار، فراوانی و فراوانی نسبی) و تحلیلی (تی تست، آنالیز واریانس و ضریب همبستگی پیرسون) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** نتایج حاکی از آن است که میانگین نمره‌ی درک پرستاران نسبت به مراقبت بیهوده در بعد شدت ( $3/2 \pm 0/46$ ) و در بعد تکرار ( $3/7 \pm 1/2$ ) بوده است. بین میانگین نمره‌ی مراقبت بیهوده با سن، تعداد سال‌های خدمت و نوع بخش رابطه‌ی معنا داری به دست آمد ( $P < 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** سطح متوسط درک پرستاران از مراقبت بیهوده، لزوم توجه و برنامه‌ریزی در زمینه‌ی آشناسازی پرستاران با این پدیده و علل پیدایش آن و همچنین ارائه‌ی آموزش‌هایی را در زمینه‌ی استفاده از مکانیزم‌های سازگاری در جهت کاهش عوارض طلب می‌نماید.

**واژگان کلیدی:** مراقبت بیهوده، مراقبت انتهایی زندگی، بخش‌های مراقبت ویژه، پرستاران

J Educ Ethics Nurs 2014;3(2):65-72

### مقدمه:

برای مراقبت در سطوح بالا با چالش‌های اخلاقی و مراقبتی خاصی همراه می‌باشد. یکی از چالش‌های پیش روی پرستاران در این بخش‌ها مسائلی همانند مراقبت بیهوده است [۲،۳]. مراقبت بیهوده در بخش‌های مراقبت ویژه به عنوان عاملی برای افزایش تعداد ساعات زندگی افراد محسوب می‌شود. مؤسسه‌ی پزشکی آمریکا (ANA) مراقبت بیهوده را اقدامی دانسته که با هدفی درحال انجام است، ولی اطمینان بالقوه‌ای وجود دارد که اقدام صورت گرفته در دستیابی به این هدف با شکست مواجه خواهد شد [۳]. به عبارت دیگر می‌توان گفت که این مراقبت هیچ سودی برای بیمار نداشته و به ندرت موفقیت آمیز می‌باشد [۴]. توجه به این نکته ضروری است که در حیطه‌ی سلامتی هیچ مراقبتی ذاتاً بیهوده نبوده و این شرایط و نوع بیماری است

گسترش روز افزون روش‌ها و تکنولوژی‌ها در حیطه‌ی علوم سلامتی سبب شده است که فرصت بیشتری در زمینه‌ی حفظ زندگی برای افراد فراهم شود [۱]. همگی این پیشرفت‌ها با استفاده از درمان‌ها و روش‌های جدید مرگ افراد را به تأخیر انداخته است. اما سؤالی که در اینجا به ذهن می‌رسد این است که آیا این درمان‌ها جان افراد را از مرگ نجات می‌دهد یا فقط زندگی آنها را بدون هیچ کیفیتی طولانی می‌کند؟ [۲].

بخش مراقبت ویژه واحدی است که مسئولیت نگهداری و مراقبت از بیماران حاد را بر عهده دارد. مراقبت در این بخش‌ها به واسطه‌ی نوع بیماران تحت بستری و همچنین نیاز شدید آنها

\* نویسنده مسئول، نشانی: استان خراسان جنوبی، بیرجند، خیابان غفاری، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند

پست الکترونیک: mroshanzadeh62@gmail.com

تلفن تماس: ۰۹۳۹۷۹۵۲۵۲۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۴/۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱۲/۱۱

مراقبت پزشکی را داشته و نمی‌توان به‌واسطه ی پیش‌آگهی این عمل از اقدام به آن خودداری کرد [۹].

با وجود تمامی چالش‌های پیش‌رو، مراقبت بیهوده می‌تواند تأثیرات مختلفی را روی پرستاران داشته باشد. هدف مهم پرستاران سودمندی مراقبتی است که ارائه می‌کنند [۱۵]. تحقیقات حاکی از آن است که پرستاران در طی مراقبت بیهوده وقتی نمی‌توانند مراقبت کافی را از بیماری که در مرحله انتهای زندگی است، ارائه کنند، احساس رنج می‌کنند و همچنین ممکن است مراقبت از این بیماران برخلاف وجدانیاتشان باشد [۱۶]. وقتی مفهوم اقدامات پزشکی از درمان به مراقبت تسکینی تغییر می‌کند، پرستاران دیسترس زیادی را تجربه می‌کنند. در این میان عواملی همانند سن بیمار، عدم درک اعضای خانواده از بیماری و شدت آن، اختلاف افراد خانواده در رابطه با پیشنهادات تیم درمانی و تغییر تصمیم مراقبت پزشکی می‌تواند این دیسترس را تحت تأثیر قرار دهد [۱۷]. پرستاران بیان می‌کنند که در مواجهه با بیماران مرحله انتهای زندگی به عنوان مدافع بوده که این خود می‌تواند کشمکش‌هایی را بین پرستاران با سایر اعضای تیم درمان، مدیران و خانواده سبب شود. به دنبال این کشمکش‌ها پرستاران احساساتی را همانند فقدان قدرت، فقدان حمایت و ناامیدی و عصبانیت و دیسترس اخلاقی و گناه را به دنبال اجرای مراقبت تجربه می‌کند [۱۸].

در جو مراقبت بیهوده پرستاران احساس می‌کنند که فراهم‌کننده‌ی مراقبت به بهترین وجه نیستند. تصمیم‌گیری در زمینه‌ی زندگی یا مرگ این بیماران می‌تواند با مشکلاتی همراه باشد. انجام درمان‌هایی که مخالف آن بوده و همچنین اقدام به انجام عقیده‌ای که مخالف سایر اعضای تیم درمان بوده و همچنین داشتن قدرت کم عواملی هستند که باعث ایجاد چالش‌های اخلاقی و فرسودگی برای پرستاران به‌عنوان اجراکننده و مشاهده‌کننده‌ی درمان‌های بیهوده است [۱۹]. درک شرایط مراقبت بیهوده باعث چالش و تضاد در پرستاران می‌شود [۱۵]. از طرفی مراقبت بیهوده است و از طرفی بایستی آن را انجام دهد. این حالت به همراه شرایطی چون کمبود نیرو می‌تواند عواقبی همانند ناراضی‌تی و فرسودگی شغلی را به همراه داشته، سبب ترک حرفه گردد [۱۶].

پژوهش‌های صورت گرفته در این زمینه متفاوت‌اند. بادگر در تحقیقش بیان می‌کند که نقش ارتباطی خاص و صمیمی پرستاران در بخش‌های مراقبت ویژه با بیمار و خانواده‌اش باعث تأثیر پذیری بیشتر از مراقبت بیهوده شده [۲۰] و درک و برداشت پرستاران نسبت به سایر اعضای تیم بهداشتی از جمله پزشک در رابطه با تصمیم‌گیری انتهای زندگی و مراقبت بیهوده تفاوت دارد [۲۱]. همچنین پژوهش‌ها حاکی از آن است که

که به مراقبت، مفهوم بیهوده می‌بخشد. مراقبت بیهوده تحت شرایط انتهای زندگی و همچنین بیمارانی که وضعیت بسیار حادی دارند معنا پیدا کرده و می‌تواند از دو بعد کمی و کیفی مورد بررسی قرار گیرد [۵، ۶]. در بعد کمی مراقبتی بیهوده است که به واسطه ی اطلاعات تجربی موجود اطمینان حاصل شود که سودمند نیست. از نظر کیفی مراقبتی بیهوده است که بتوان با استفاده از پارامترهای آماری میزان و احتمال موفقیت درمان را بیان کرد [۷].

انجام مراقبت بیهوده با چالش‌های زیادی همراه است. یکی از این چالش‌ها هزینه‌ی مراقبت بیهوده است. مدت زمان نامعلوم بهره‌مندی از این مراقبت‌ها، هزینه‌های زیادی را برای بیمار و خانواده و سیستم بهداشتی به‌همراه داشته و به طور غیرمستقیم پرستار را متأثر می‌کند [۸]. مراقبت بیهوده ارزان نبوده و سالانه حدود ۱۶ درصد از بودجه‌ی سالانه‌ی پزشکی صرف ارائه‌ی مراقبت بیهوده به ازای هر ۶۰ روز زندگی می‌شود [۵]. ضرر مالی وارد شده به بیمارستان‌ها برای هر بیمار که حداقل ۷۲ ساعت به تهویه‌ی مکانیکی نیاز دارد ۲۳۰۰۰ دلار است [۹]. این تنها هزینه‌ای نبوده که برای اجرای مراقبت بیهوده صرف می‌شود، بلکه در کنار آن هزینه‌ی بیمه و هزینه‌های اضافی نیز وجود دارد [۱۰]. علاوه بر سازمان‌های بهداشتی خانواده‌ها نیز متحمل هزینه‌های سنگینی شده و احساس درماندگی خواهند کرد. در انتها پرستاران قرار دارند که به‌دلیل وجود محدودیت‌های سازمانی به‌طور منفی متأثر خواهند شد [۱۱].

به‌همراه مراقبت بیهوده چالش‌های اخلاقی نیز مطرح بوده و اصول اخلاقی همانند اختیار، عدم تبهکاری و آسیب به دیگران، منفعت و عدالت مطرح می‌شود [۱۲]. اصل اختیار این نکته را مطرح می‌کند که بیمار در تمامی مراحل درمان بایستی قادر به تصمیم‌گیری بوده و حق انتخاب دارد. این اصل اگر متوجه پزشک باشد باعث ایجاد حق تصمیم‌گیری برای وی شده؛ به این معنا که وی می‌تواند با توجه به شرایط بیمار و تجربه‌اش مراقبت خاصی را برای بیمار تعیین و یا محدود کند [۱۳].

در تصمیم‌گیری برای اقدامات انتهای زندگی همیشه این دوگانگی در قضاوت وجود دارد که آیا انجام مراقبتی که نتیجه و سودی برای بیمار به دنبال ندارد، عقلاً عملی بیهوده و مضر است؟ از طرفی با انجام ندادن مراقبت‌های حفظ‌کننده‌ی زندگی امکان ادامه حیات از وی گرفته شده که از نظر اخلاقی عملی ناپسند مطرح می‌باشد. همچنین پایان دادن به مراقبتی که تأثیری در زندگی بیمار ندارد و حتی باعث افزایش رنج بیمار نیز می‌شود، می‌تواند از جنبه‌هایی مفید باشد [۱۴]. اصل عدالت نیز این نکته را مطرح می‌کند که تمامی افراد و گروه‌ها بدون توجه به احتمال و پیش‌آگهی درمان حق برخوردارگی یکسانی از

بومی سازی شده دیسترس اخلاقی [۲۶] نیز سنجیده شده است. ضریب همبستگی بین این دو پرسشنامه ( $r=0/4$ ) محاسبه شد. پایایی آن نیز با استفاده از ضریب همبستگی درونی (آلفای کرونباخ) و با توجه به حجم نمونه‌ی ۳۰ نفری از پرستاران ۸۲ درصد محاسبه گردید. از نظر طبقه بندی این ابزار به سطح پایین (۰-۱/۶۵)، متوسط (۱/۶۶-۳/۳) و بالا (۳/۴-۵) سطح ۳۳ درصد از دامنه منظور شده برای نمره گذاری ابزار به عنوان مرز کم تا متوسط و متوسط تا شدید در نظر گرفته شد.

پرسشنامه پس از کسب مجوزهای قانونی و با رعایت موازین اخلاقی در اختیار واحدهای مورد پژوهش قرار گرفت. ابتدا به واحدهای پژوهش درباره ی با پرسشنامه و نحوه ی پاسخگویی به آن اطلاعاتی داده شد. ضمناً به آنها خاطر نشان شد که شرکت در تحقیق اختیاری بوده و آنها برای شرکت و یا کناره-گیری از آن آزادی کامل دارند. همچنین ضمن تأکید بر رازداری، به واحدهای مورد پژوهش گفته شد که اطلاعات آنها فقط برای استفاده در پژوهش بوده و در اختیار افراد دیگر قرار نخواهد گرفت. پرسشنامه‌ها پس از یک هفته و با مراجعه به بخش‌های مربوطه توسط محقق جمع آوری گردید. طول مدت جمع آوری داده‌ها از کل بخش‌ها ۳۰ روز بوده است. از کل ۱۷۹ پرسشنامه‌ی توزیع شده، ۱۷۰ پرسشنامه جمع‌آوری شده و توسط نرم افزار SPSS16 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است و با توجه به هدف‌های تحقیق از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار و درصد فراوانی) و تحلیلی (ضریب همبستگی پیرسون، کای دو و آنالیز واریانس یک طرفه) استفاده شد.

### یافته‌ها:

در پژوهش حاضر ۱۷۰ نفر از پرستاران بخش‌های بیمارستان-های آموزشی استان خراسان جنوبی شرکت داشتند. واحدهای مورد بررسی در دامنه‌ی سنی ۴۴-۲۵ سال قرار داشته و میانگین سنی آنها ۳۲ سال گزارش شد. از نظر جنسیت ۸۷ درصد از واحدهای پژوهش زن و ۱۳ درصد مرد بودند. حداقل و حداکثر تعداد سال‌های خدمت پرستاران به ترتیب ۲ و ۲۵ سال بوده که میانگین آن ۱۴ سال گزارش شد. از نظر نوع بخش محل خدمت پرستاران به پنج بخش NICU، CCU، ICU، انکولوژی و دیالیز تقسیم شدند. از نظر نوع استخدام نیز پرستاران در ۳ حیطه رسمی، قراردادی و طرحی جای گرفتند.

میانگین نمره‌ی درک پرستاران نسبت به مراقبت بیهوده از کل نمره‌ی (۵-۱) در بعد شدت ( $3/2 \pm 0/46$ ) در سطح متوسط و در بعد تکرار ( $3/7 \pm 1/2$ ) در سطح بالا گزارش شد.

بررسی سؤالات این پرسشنامه حاکی از آن است که بیشترین میانگین در بعد شدت بامیانگین و انحراف معیار ( $3/5 \pm 0/72$ )

درک بالای پرستاران از مراقبت بیهوده باعث افزایش فرسودگی شغلی و خستگی عاطفی در پرستاران می‌شود [۲۲، ۲۳]. رایس و همکارانش مراقبت بیهوده را یک عامل مؤثر در ایجاد دیسترس اخلاقی معرفی کرده و بیان می‌کنند که مراقبت بیهوده می‌تواند تحت شرایط موجود، اعتقادات معنوی و ارزش‌های اخلاقی پرستاران قرار گیرد [۲۴]. همچنین درک بالای پرستاران نسبت به مراقبت بیهوده می‌تواند باعث فقدان رضایت شغلی شده، سبب شود که پرستاران بخش محل خدمت یا حرفه خود را ترک کنند [۱۵].

با توجه به گسترش روز افزون مراقبت‌های بیهوده و همچنین تأثیراتی که می‌تواند بر روی پرستاران داشته باشد و از آنجایی که پژوهش‌های اندکی در این زمینه در ایران صورت گرفته، این تحقیق با هدف تعیین درک پرستاران بخش‌های مراقبت-های ویژه از مراقبت بیهوده صورت گرفته است.

### روش کار:

پژوهش حاضر از نوع توصیفی-مقطعی است که به بررسی درک پرستاران از مراقبت بیهوده پرداخته است. واحدهای مورد پژوهش شامل ۱۷۹ نفر از پرستاران بیمارستان‌های آموزشی استان خراسان جنوبی بودند که به صورت در دسترس و از بخش‌های (NICU، ICU، CCU، انکولوژی و دیالیز) انتخاب شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل دارا بودن حداقل مدرک کارشناسی و داشتن یک سال سابقه‌ی کار بالینی در بخش‌های مربوطه بوده است. ابزار مورد استفاده پرسشنامه‌ی دو قسمتی بوده که در بخش اول به بررسی اطلاعات دموگرافیک شامل: سن، جنس، تعداد سال‌های خدمت، نوع استخدام و نوع بخش خدمتی پرداخته و بخش دوم شامل پرسشنامه‌ی پژوهشگر ساخته‌ی مراقبت بیهوده است. با توجه به این که در زمینه‌ی مراقبت بیهوده ابزاری یافت نشد، با استفاده از پرسشنامه‌ی استاندارد دیسترس اخلاقی Corly [۲۵] و مرور متون مربوطه [۱۵، ۱۱۶] پرسشنامه‌ی مربوطه طراحی گردید. این پرسشنامه شامل ۱۷ عبارت است. هر عبارت شامل موقعیتی است که حاکی از مراقبت بیهوده بوده و درک پرستاران را از وقوع این اقدام بیهوده از نظر شدت و تکرار آن می‌سنجد. گزینه‌های آن نیز در مورد هر سؤال طبق معیار لیکرت ۵ تایی در بعد شدت از اصلاً (۱) تا بسیار زیاد (۵) و در بعد تکرار از هرگز (۱) تا مکرراً (۵) مرتب شده است. پرسشنامه‌ی حاضر توسط ۱۰ نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند مورد روایی قرار گرفته و شاخص روایی محتوا (CVI) به صورت ۰/۸ گزارش شد. همچنین جهت اطمینان از روایی این پرسشنامه از روش روایی ملاکی نیز استفاده شده و میزان همبستگی آن با ابزار

سن و تعداد سال‌های خدمت با درک پرستاران نسبت به مراقبت بیهوده رابطه‌ای مثبت و معنادار داشته است ( $P < 0/05$ ) (جدول ۲). بین نوع بخش محل خدمت با میانگین درک از مراقبت بیهوده نیز رابطه‌ی معناداری وجود داشته است ( $P < 0/05$ ). بین نوع استخدام و جنس با درک از مراقبت بیهوده رابطه‌ی معناداری مشاهده نشد ( $P > 0/05$ ) (جدول ۳).

مربوط به این سؤال بود: اقدامات حفظ‌کننده زندگی را علی‌رغم اینکه می‌دانم فقط مرگ را به تأخیر می‌اندازد؛ انجام می‌دهم. و در بعد تکرار با میانگین و انحراف ( $3/9 \pm 0/88$ ) مربوط به این سؤال می‌شود: دستورات پزشک را در مورد درمان‌ها و آزمایشات برای بیماری که در مرحله انتهایی زندگی قرار داشته انجام داده‌ام؛ حتی اگر به نظرم غیرضروری بوده‌اند (جدول ۱).

ارتباط بین درک پرستاران نسبت به مراقبت بیهوده و متغیرهای دموگرافیک با کمک آزمون پیرسون حاکی از آن است که متغیر

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار شدت و تکرار درک پرستاران نسبت به مراقبت بیهوده به تفکیک سؤالات پرسشنامه

عبارت	شدت (M±SD)	تکرار (M±SD)
۱ دستورات پزشک را در مورد درمان‌ها و آزمایشات برای بیماری که در مرحله انتهایی زندگی قرار داشته انجام داده‌ام؛ حتی اگر به نظرم غیرضروری بوده‌اند.	۳/۱۱±۰/۶۴	۳/۹±۰/۸۸
۲ خواسته خانواده بیمار را در رابطه با صحبت نکردن با بیمار در حال مرگی که از مرگش سؤال می‌کند، اجرا کرده‌ام.	۳±۰/۴	۳/۱۱±۰/۵
۳ حتی اگر به هدف‌های واقعی پیش‌بینی شده برای بیمار دست نیابم به انجام مراقبت ادامه می‌دهم.	۳/۱±۰/۳۳	۲/۸±۱/۲
۴ به مراقبت از بیمار مرگ مغزی بر خلاف تمایل خانواده‌اش که انتظار مرگش را دارند، ادامه می‌دهم.	۳/۵±۰/۷	۲/۵±۱/۳
۵ درخواست خانواده بیمار را برای ادامه مراقبت از بیمار می‌پذیرم اگر چه احساس کنم که منفعت زیادی برای بیمار ندارد.	۲/۹±۰/۶۶	۲/۲±۰/۶
۶ فقدان درک خانواده بیمار از مراقبت‌های انتهایی زندگی باعث افزایش استرس‌ام می‌شود.	۳±۱/۲	۳/۲±۰/۵۵
۷ وقتی اقدام به انجام عملیات احیا می‌کنم که بدانم این کار مرگ بیمار را به تأخیر می‌اندازد.	۳/۱±۰/۴	۳/۶±۰/۵۶
۸ اقدامات حفظ‌کننده زندگی را علی‌رغم اینکه می‌دانم فقط مرگ را به تأخیر می‌اندازد؛ انجام می‌دهم.	۳/۸±۰/۷۲	۳/۲±۰/۵۵
۹ فرد سالمندی را که دچار آسیب دیدگی شدیدی است و احتمال زنده ماندنش کم است، برای عمل جراحی گاستروتومی آماده کرده‌ام.	۳/۵±۰/۶۳	۲/۶±۰/۴
۱۰ با سایر اعضای تیم درمانی در مورد مراقبت‌های انتهایی زندگی در بیماری که در مرحله انتهایی زندگی قرار داشته، کشمکش داشته‌ام.	۲/۴۲±۱/۱۲۲	۲/۷±۰/۶
۱۱ خواسته خانواده بیمار را در رابطه با مراقبت از بیمار برخلاف تمایلم و به خاطر ترس موسسه از عواقب قانونی اجرا کرده‌ام.	۲/۵۵±۰/۸	۲/۶۶±۱
۱۲ خواسته خانواده بیمار را برای انجام مراقبت‌های ادامه‌دهنده زندگی پذیرفته‌ام حتی اگر برای بیمار سودمند نبوده باشد.	۳/۷±۰/۵	۳/۲±۰/۶۷
۱۳ احیای قلبی ریوی را برای بیماری که دچار آسیب دیدگی شدید در چندین ارگان، بوده ادامه داده‌ام.	۲/۹±۰/۶۷	۳/۴±۰/۸
۱۴ به مراقبت از بیمار شدیداً مصدومی که وضعیت ناامید‌کننده‌ای دارد، در حالی که هیچ کس تصمیمی برای پایان دادن به زندگی بیمار ندارد؛ ادامه داده‌ام.	۳±۰/۷۸	۳/۷±۰/۶۹
۱۵ درمان با آنتی بیوتیک را برای بیماری که زندگی نباتی داشته و تحت تهویه مکانیکی، است انجام داده‌ام.	۳/۵±۰/۹	۲/۵±۰/۶
۱۶ به خاطر پیشگیری از هزینه‌های سنگین درمان در بیمار سرطانی که در مرحله انتهایی زندگی قرار دارد، از انجام درمان اجتناب نکرده‌ام.	۳/۷±۰/۹	۳/۶۷±۰/۸
۱۷ کمبود منابع انسانی و تجهیزات من را از ادامه مراقبت در بیماران در حال مرگ باز نداشته است.	۳/۷±۱	۳/۲۲±۰/۹۹

جدول ۲: ارتباط درک پرستاران نسبت به مراقبت بیهوده با سن و تعداد سال‌های خدمت با کمک آزمون پیرسون

متغیر	شدت مراقبت بیهوده	تکرار مراقبت بیهوده
سن	$r=0/4$ $P=0/03$	$r=0/2$ $P=0/03$
تعداد سال‌های خدمت	$r=0/5$ $P=0/02$	$r=0/2$ $P=0/03$

جدول ۳: درک پرستاران نسبت به مراقبت بیهوده بر حسب متغیرهای جنس، نوع بخش و نوع استخدام به کمک آزمون تی‌تست و آنالیز واریانس یک‌طرفه

متغیر	درصد	شدت مراقبت بیهوده (M±SD)	تکرار مراقبت بیهوده (M±SD)
جنس	زن	۲/۵۷ ± ۰/۹	۳/۱۱ ± ۰/۹۵
	مرد	۳/۱ ± ۰/۶۶	۲/۹ ± ۰/۸۷
سطح معناداری (آزمون تی‌تست)		P=۰/۲۳	P=۰/۰۹
بخش	ICU	۳/۷۴ ± ۰/۶۶	۳/۲ ± ۰/۷۶
	CCU	۲/۷ ± ۰/۸۶	۲/۶ ± ۰/۸۸
	NICU	۲/۹۱ ± ۰/۵۶	۲/۸۳ ± ۰/۶۶
	انکولوژی	۳/۶ ± ۰/۹۹	۳/۲ ± ۰/۷۸
	دیالیز	۲/۵ ± ۰/۸۵	۲/۷۱ ± ۰/۹۸
سطح معناداری (آزمون آنالیز واریانس)		P=۰/۰۴	P=۰/۰۴
نوع استخدام	رسمی	۲/۶۷ ± ۰/۹۸	۲/۵۶ ± ۰/۷۱
	قراردادی	۳ ± ۰/۸	۳/۰۲ ± ۰/۶۸
	طرحی	۲/۸۷ ± ۰/۸۲	۲/۸ ± ۰/۷۸
	سطح معناداری (آزمون آنالیز واریانس)	P=۰/۱	P=۰/۰۹

## بحث:

از این پدیده تأثیر می‌گذارد. به عبارت دیگر وقتی که پدیده‌ای به طور مکرر رخ می‌دهد باعث ایجاد جو مراقبت بیهوده شده که خواهد توانست محیط کاری را تحت تأثیر قرار دهد [۱۵].

برای بررسی درک پرستاران نسبت به مراقبت بیهوده به طور کل ۱۷ سؤال مطرح شده است. بیشترین شدت درک از مراقبت بیهوده مربوط به این سؤال می‌شد: اقدامات حفظ‌کننده‌ی زندگی را علی‌رغم اینکه می‌دانم فقط مرگ را به تأخیر می‌اندازد، انجام می‌دهم. موبلیا و همکارانش نیز در پژوهش خود این بعد از مراقبت بیهوده را از نظر شدت و تکرار بالا دانسته است [۲۷]. بیشترین تکرار مراقبت بیهوده مربوط به این سؤال بود: دستورات پزشک را در مورد درمان‌ها و آزمایشات برای بیماری که در مرحله انتهایی زندگی قرار داشته انجام داده‌ام؛ حتی اگر به‌نظرم غیرضروری بوده‌اند. در حقیقت می‌توان گفت وقتی پرستار به طور مکرر با شرایطی مواجه می‌شود که علی‌رغم این‌که می‌داند مراقبتی که انجام می‌دهد، بیهوده است ولی به‌دلایلی بایستی آن را انجام دهد و در ازای این اقدام مرگ راحت را از بیمار دریغ می‌کند، این شرایط خود درکش را تحت تأثیر قرار خواهد داد.

بررسی ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک و درک مراقبت بیهوده حاکی از این بوده است که سن و تعداد سال‌های خدمت با درک پرستاران از مراقبت بیهوده ارتباط مثبت معناداری دارد. هر چه سن و تعداد سال‌های خدمت پرستاران افزایش یابد، درک پرستاران از پدیده‌ی مراقبت بیهوده هم در بعد شدت و هم در بعد تکرار افزایش می‌یابد. موبلیا و همکارانش نیز در پژوهش-

نتایج پژوهش حاضر حاکی از آن است که درک پرستاران از مراقبت بیهوده در بعد شدت و تکرار از سطح متوسطی برخوردار بوده است. دانوودی در تحقیقش ضمن بررسی ارتباط دیسترس اخلاقی و مراقبت بیهوده، درک پرستاران نسبت به مراقبت بیهوده را بالا گزارش کرده و شرایط ایجاد شده به‌دنبال مراقبت بیهوده در پرستاران را جزو علل مهم ایجادکننده دیسترس اخلاقی معرفی می‌کند [۱۵]. موبلیا و همکارانش نیز در پژوهش شان سطح مراقبت بیهوده در پرستاران را متوسط به بالا معرفی کرده و نقش این پدیده را در ایجاد چالش‌های اخلاقی مهم دانسته است [۲۷]. فرل نیز میزان درک پرستاران از شرایط مراقبت بیهوده را بالا دانسته و شرایط ایجاد شده به‌دنبال این پدیده را در عملکرد پرستاران انکارناپذیر معرفی می‌کند [۱۹]. توجه به نتایج فوق چنین به نظر می‌رسد که در تمامی محیط‌های مراقبت ویژه، پدیده‌ی مراقبت بیهوده وجود دارد ولی سطح آن با توجه به کیفیت مراقبت ارائه شده و همچنین نوع محیط مراقبتی متفاوت می‌باشد.

در پژوهش حاضر میانگین درک پرستاران نسبت به مراقبت بیهوده در بعد تکرار نسبت به بعد شدت از میزان بالاتری برخوردار بوده است. تعدادی از تحقیقات مورد بررسی نیز نتایج پژوهش حاضر را در این مورد تأیید می‌کند [۲۹، ۲۸، ۱۹]. دانوودی نیز در تحقیق خود بیان می‌کند شاید بتوان گفت تکرار این پدیده نه تنها بر روی پرستاران بلکه بر روی شدت درک آنها

### نتیجه گیری:

نتایج این پژوهش حاکی از آن است که درک پرستاران از مراقبت بیهوده در ابعاد شدت و تکرار در حد متوسط بوده است. ارتباط بین این پدیده با متغیرهای دموگرافیک نیز نشان‌دهنده این بوده است که بین مراقبت بیهوده با متغیرهای سن و تعداد سال‌های خدمت و نوع بخش محل خدمت ارتباط معناداری وجود دارد.

سطح متوسط درک پرستاران از مراقبت بیهوده، لزوم توجه و برنامه‌ریزی در زمینه‌ی آشناسازی پرستاران با این پدیده و علل پیدایش آن را طلب می‌نماید. آموزش در زمینه‌ی استفاده از مکانیزم‌های سازگاری در پرستارانی که با این پدیده به طور مکرر در ارتباط هستند؛ خواهد توانست عوارض برخورد با آن را در آنها کاهش دهد. محدودیت‌های پژوهش عبارتند از: انجام یافتن پژوهش در منطقه خاصی از ایران که ضروری می‌نماید در سایر نقاط نیز صورت بگیرد. همچنین طراحی پژوهش‌هایی برای ساخت ابزاری در زمینه‌ی مراقبت بیهوده پیشنهاد می‌گردد.

### تشکر و قدردانی:

این مقاله برآمده از یک طرح تحقیقاتی به شماره‌ی (۱۴۴۳۵-۱۱۸۹۲-۹۱-۱۳۹۲) و کد اخلاقی (۹۲:۱۴۵) بوده که در مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق بهشتی دانشگاه شهید بهشتی تهران و همچنین دانشگاه علوم پزشکی بیرجند به تصویب رسیده است. از همه‌ی پرستاران و همکارانی که در اجرای این پژوهش شرکت و همکاری داشتند قدردانی می‌شود.

شان این نتایج را مورد تأیید قرار داده و بیان می‌کنند که افزایش سن و همچنین تعداد سال‌های خدمت سبب می‌شود که افراد بیشتر در معرض مراقبت بیهوده و چالش‌های آن قرار گیرند [۲۷]. ملتزر و هوکایی نیز ضمن بیان نتایج مشابه در این زمینه بیان کرده‌اند که در کنار مواجهه‌ی مکرر با این پدیده، افزایش سن با تغییرات روحی و جسمی خاصی که در افراد ایجاد می‌کند، شاید آنها را بیشتر نسبت به این پدیده آسیب پذیر کرده و سبب می‌شود که مواجهه با مراقبت انتهایی زندگی تأثیر بیشتری بر روی آنها داشته باشد [۲۲].

بین درک پرستاران از مراقبت بیهوده با نوع بخش آنها نیز ارتباط معنی‌داری وجود داشته است. بیشترین شدت و تکرار درک پرستاران نسبت به مراقبت بیهوده در بخش‌های ICU و انکولوژی وجود داشت. ملتزر و هوکایی سطح این پدیده را در بخش‌های مراقبت ویژه بالا دانسته و بیان می‌کنند که نوع متفاوت مراقبت و خدمتی که در بخش‌های مختلف بالینی وجود دارد سبب می‌شود که پرستاران شاغل در این بخش‌ها با چالش‌های متفاوتی نسبت به پرستاران سایر بخش‌ها مواجهه شوند [۲۲]. کریچف نیز سطح این پدیده را در بخش‌های مراقبت ویژه بالاتر دانسته و بیان می‌کند که بخش‌هایی که با پدیده‌ی انتهایی زندگی بیشتر سر و کار دارند درک پرستاران از این پدیده بیشتر می‌باشد [۳۰].

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به این نکته اشاره نمود که فقط در نقطه‌ی خاصی از ایران صورت گرفته و لزوم انجام وسیع‌تر پژوهش‌های مشابه در سایر نقاط وجود دارد. استفاده از پرسشنامه‌ی پژوهشگر ساخته و همچنین روش نمونه‌گیری غیرتصادفی نیز جزو محدودیت‌های این تحقیق محسوب می‌شود.

## References:

- Adolph MD, Frier KA, Stawicki SP, Gerlach AT, Papadimos TJ. Palliative critical care in the intensive care unit: A 2011 perspective. *Int J Crit Illn Inj Sci*. 2011;1(2): 147-153
- Bradley C, Weaver J, Brasel K. Addressing access to palliative care services in the surgical intensive care unit. *Surgery* 2010;147(6):871-7.
- American Nursing Association. Code of ethics for nursing with interpretive statements. Washington, DC: Author; 2001.
- Newell MA, Schlitzkus LL, Waibel BH, et al. Damage Control? In The Injured Elderly: Futile Endeavor Or Fruitful Enterprise? *J Trauma* 2010;69(5):1049-1053.
- Smith TJ, Cassel JB. Cost and Non-Clinical Outcomes of Palliative Care. *J Pain Symptom Manag* 2009;38(1):32-44.
- Mohindra RK. Medical futility: a conceptual model. *J Med Ethics* 2007; 33(2): 71-5.
- Scanlon A, Murphy M. Medical futility in the care of non-competent terminally ill patient: Nursing perspectives and responsibilities. *Aust Crit Care* 2014;27(2):99-102.
- Hanson LC, User B, Spragens L, Bernard S. Clinical and Economic Impact of Palliative Care Consultation. *J Pain Symptom Manag* 2008; 35(4): 340-346
- Gade G, Venohr I, Conner D, McGrady K, Beane J, Richardson RH, et al. Impact of an inpatient palliative care team: A randomized control trial. *J Palliat Med* 2008;11(2):180-90.
- Madani M. Ethical considerations of futile care. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2013; 6(2): 42-31. (Persian)
- Davis JK. Futility, conscientious refusal, and who gets to decide. *J Med Philos* 2008; 33(4):356-73.
- Nicholas LH, Langa KM, Iwashyna TJ, et al. Regional Variation in the Association Between

- Advance Directives and End-of-Life Medicare Expenditures. *JAMA* 2011;306(13):1447-1453.
13. Glen A, Franklin MD, Robert W, Cannon MD, Jason W, Smith MD, et al. Impact of withdrawal of care and futilecare on trauma mortality. Presented at the 68th Annual Meeting of the Central Surgical Association 2011;150(4) 854-860.
  14. Murphy B. What has happened to clinical leadership in futile care discussions? *MJA* 2008; 7(7): 419-418.
  15. Dunwoody DR. Nurses' level of moral distress and perception of futile care in the critical care environment. ProQuest Dissertations and Theses. 2010.
  16. White DB, BraddockCH, Bereknyci S, Curtis JR. Toward shared decision making at the end of life in intensive care units: opportunities for improvement. *Arch Intern Med* 2007;167(5):461-7.
  17. Ewer MS. The definition of medical futility:are we trying to define the wrong term? *Heart Lung* 2001; 30(1): 3-4.
  18. Kleespies PM, Miller PJ, Preston TA .End ofLife Choices in Decision Making Near the End ofLife Issues, Developments ,and Future Directions.New York: Routledge Taylor & Francis Group 2009:133.
  19. Ferrell B. Understanding the moarl distress of nursing witnessing medical futile care. *Oncol Nurs Forum* 2006; 33(5): 922-930.
  20. Badger J. Factors that enable or complicate end - of-life transitions in critical care. *American J Crit Care* 2005; 14(6): 513-522.
  21. Oberle K, Hughes D. Doctors' and nurses' perceptions ofethical problems in end-of-life decisions. *J Adv Nurs*.2001;33(6):707-15.
  22. Meltzer LS, Huckabay LM. Critical care nurses' perceptionsof futile care and its effect on burnout.*Am J Crit Care* 2004;13(3):202-8.
  23. Beckstrand R, Clark-callister L, Kirchhoff k. Providing a good death: Critical care nurses suggestions for improving end-of-life care. *American J Crit Care* 2006; 15(1): 38-46.
  24. Rice EM, Rady MY, Hamrick A, Verheijde JL,Pendergrast DK. Determinats of moral distress in medical and surgical nurses at an adult tertiary care hospital. *J Nurs Manag* 2008;16(3):360-73.
  25. Corley MC. Elswick RK, Gorman M. Development and evaluation of a moral distress scale. *J adv Nurs* 2001; 33(2): 250-6.
  26. MerghatiKhoiee E, HosseinVaziri M, Alizadegan S, et al. Developing the Moral Distress Scale in the Population of Iranian Nurses. *Iran J Psychiatry* 2008; 3(2): 55-58.(Persian)
  27. Mobley MJ, Rady MY, Verheijde JL, Patel B, Larson JS. The relationship between moral distress and perception of futile care in the critical care unit. *Intensive Crit Care Nurs* 2007;23(5):256-63
  28. Hanna D. The lived experience of moral distress :nurses who assisted with elective abortions. *Res Theory Nurs pract: Inte J* 2005;19(1): 95-124.
  29. Rady MY, Johnson DJ. Admission to intensive care unit atthe end-of-life: is it an informed decision? *Palliat Med* 2004;18(8):705-11.
  30. Kirchhoff KT, Kowalkowski JA. Current Practices for Withdrawal of Life Support in Intensive Care Units.*Am J Crit Care* 2010;19(6):532-41.

## Exploring the Perception of intensive care unit nurses of futile care

Mohammadi S<sup>1</sup>, Roshanzadeh M<sup>\*2</sup>

Received: 3/2/2015

Accepted: 6/24/2015

1. Dept of Nursing, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran

2. Dept of Nursing, Surgical Care Research Center, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran

Journal of Education and Ethics in Nursing, Volume 3, Number 2, Summer 2014

J Educ Ethics Nurs 2014;3(2):65-72

### Abstract

#### Introduction:

The increasing development of medical and health science has provided the patients with more opportunities to continue their lives. Meanwhile, the prolonged, yet miserable, longevity of patients whose days are numbered has confronted care providers including nurses with the challenges concerning the productivity or futility of the provided care. Thus, this study has been conducted with the aim of determining the perception of intensive care unit nurses to futile care.

#### Methods and Materials:

This study was a cross-sectional study and was carried out on 170 nurses in intensive care units of hospitals in South Khorasan province in 2014. The studied nurses were selected by available sampling. Data were collected using a 17-item questionnaire (in terms of frequency and severity) developed by the researcher and was analyzed by SPSS software version 16 and descriptive-statistical methods (mean, standard deviation, frequency and relative frequency) and analytical methods (t-test, ANOVA and Pearson correlation coefficient).

#### Results:

The results showed that the mean score of perception of nurses to futile care for nothing in the intensity ( $0.46 \pm 3.2$ ) and ( $1.2 \pm 3.7$ ) in terms of intensity and frequency, respectively. There was a significant relationship among the mean score of futile care and age, number of years of service and the type the unit ( $P < 0.05$ ).

#### Conclusion:

The mean level of nurses' perception of futile care requires attention and planning concerning familiarizing nurses with this phenomenon and its causes and also providing training in the use of coping mechanisms to reduce complications.

**Keywords:** Futile care, Late life care, Intensive care units, Nurses

\* Corresponding author, Email: mroshanzadeh62@gmail.com