

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 می‌شود(۱۱).

پرستاران نقش کلیدی در انجام و قطع مراقبت‌های بیهوده دارند و اگر تجربه برخورد با چنین موقعیت‌هایی را داشته باشند می‌توانند تأثیر بسیار مهمی بر بیمار و خانواده بگذارند. میزان مواجهه پرستاران با موقعیت‌های مراقبتهای بیهوده با طول مدت کار در بخش‌های ویژه تناسب دارد(۱۲). همچنین از آنجایی که میزان تجربه پرستار در خصوص مراقبتهای بیهوده با افزایش طول مدت کار در بخش‌های ویژه افزایش می‌یابد لذا تشخیص موقعیت‌های بیهوده در پرستارانی که تجربه کار بیشتری در این بخش‌ها دارند بیشتر از سایر پرستاران است. نقش تجربه و تشخیص مراقبتهای بیهوده با سن و طول مدت کار در بخش‌های ویژه و انجام کار پرستاری کاملاً متناسب است. بعلاوه فقدان مکانیسم‌های تطابقی در مقابل تنیدگی اخلاقی با تکرار مواجهه با مراقبتهای بیهوده در پرستاران بخش‌های ویژه دیده می‌شود(۱۱).

برقراری ارتباط بین پزشک و پرستار در رفع این تنیدگی‌ها بسیار ارزشمند می‌باشد. اغلب پزشکان از نقش پرستاران در مراقبتهای پایان عمر ناآگاه هستند و یا به پرستاران اطمینان ندارند. بسیاری از پرستاران معتقدند احساس می‌کنند در کنار خط یا میدان تصمیم‌گیری‌های 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 می‌شود. پرستاران اغلب تمایل دارند شرایط بیمار و جزئیات درمان را به بیمار در صورت امکان و به خانواده‌اش اطلاع رسانی نمایند، اما به دلیل احتمال عدم موافقت پزشکان، از دادن اطلاعات جامع به بیماران می‌ترسند(۶). داشتن استقلال در ارائه اطلاعات لازم به خانواده از تنش اخلاقی پرستاران می‌کاهد(۸).

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

بی‌فایده بودن مراقبت‌های بعمل آمده در پرستاران تعارض ایجاد می‌گردد. پرستاران انتظار دارند طبق اصول اخلاقی مراقبت‌ها را انجام دهند و وقتی در چنین موقعیت‌های کاری (مراقبتهای بیهوده) قرار می‌گیرند، دچار تنش اخلاقی می‌شوند. کیفیت مراقبت‌های 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 موقعیت‌های مراقبت بیهوده علاوه بر تیم درمان، بیماران و خانواده‌هایی که از آنها مراقبت می‌کنند نیز دچار تنیدگی می‌شوند، البته با استفاده از اصول و استانداردهای اخلاق حرفه‌ای پرستاران باید نه تنها بتوانند در موقعیت‌های 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 مطالعه‌ای مؤید آن است که ۸۷ درصد از پرستاران به ندرت با خانواده بیماران بستری به همدردی و سوگواری می‌پردازند. بزرگترین مانع در ارائه مراقبت‌های پایان عمر مناسب، رفتارهای خانواده بیماران می‌باشد که باعث عدم ارائه مراقبت صحیح توسط پرستاران می‌شود. رفتارهایی که باعث طولانی شدن زجر بیمار و باعث بروز درد در بیمار و عدم توافق بین پزشکان در مورد برنامه مراقبتی می‌شود(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 هزینه‌هایی جدی در بر داشته باشد لذا تحمیل درد و رنج و عوارض جانبی غیر ضروری به بیمار غیر اخلاقی به نظر می‌رسد(۹). پرستارانی که در بخش‌های ویژه کار می‌کنند اغلب هفته‌ها یا ماهها با مراقبتهای بیهوده یا بی‌فایده سر و کار دارند و از آنجایی که بعد از ۱۲ ساعت مراقبت از بیماران از نظر جسمی و عاطفی پرستاران دچار وابستگی عاطفی می‌گردند، این پرستاران به دلیل ارائه مراقبت بیهوده در معرض تنش‌های اخلاقی قرار می‌گیرند(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 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 بپردازد.

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. بدین منظور 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 سنوات کار در بخش مراقبت ویژه 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، گاوژ 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 نوار قلب 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 درون مایه 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 ما میخواد (مشارکت کننده شماره ۱۲).

خصوص تعارض مثبت اظهار نمود که "من این احساس را دارم که مریض هنوز زنده است روح تو بدنش 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 بخش‌های آی‌سی‌یو در مقابل مراقبتهای بیهوده انجام شد، نشان داد که واکنش پرستاران بخش‌های آی‌سی‌یو در مقابل مراقبتهای بیهوده به صورت مراقبت رباتیک و تعارض اخلاقی - عاطفی ظاهر می‌شود. بسیاری از مشارکت‌کنندگان مراقبت بیهوده را به عنوان رنج و عذاب توصیف کرده بودند و اذعان داشتند که آنها احساس می‌کنند فقط باعث طولانی‌شدن یک زندگی دردناک می‌شوند. به دلیل ایجاد تنش اخلاقی ناشی از مراقبتهای بیهوده که منجر به خستگی عاطفی و فرسودگی شغلی پرستاران بخش‌های ویژه می‌شود، پرستاران نیازمند گذراندن دوره‌های جامع آموزش اصول اخلاقی مربوط به مراقبتهای بیهوده می‌باشند. بسیاری از پرستاران اذعان داشتند نگرانی در مورد تنیدگی‌شان منحصر به فرد و متناسب با چیزی که سایر پرستاران تجربه می‌کنند، نمی‌باشد. برای انجام مراقبت مؤثر در چنین شرایطی، برقراری ارتباط با کلیه اعضای درگیر، از جمله پرستاران، بیمار، خانواده و سایر اعضای تیم درمانی حیاتی می‌باشد. بی‌توجهی به اصول اخلاقی توسط کارکنان و سکوت در مقابل خطاها موجب افزایش مراقبتهای بیهوده می‌گردد. از پرستاران انتظار می‌رود در برابر بیمار و در مورد مسائل درمانی، راستگویی را رعایت نمایند. بی‌توجهی به این امر و یا دادن وعده‌های درمانی قطعی به بیمار از سوی پزشک موجب افزایش امیدواری و افزایش مراقبتهای بیهوده می‌گردد.

گرچه صاحب‌نظران اخلاق، چهار اصل خودمختاری فرد، عدم ضرررسانی، سودمندی و عدالت را مبنای عملکرد پرستاری دانسته‌اند، لیکن بی‌توجهی به اصول اخلاقی توسط کادر درمان و عدم تعهد اخلاقی پزشک در کسب رضایت از بیماران جهت انجام پروسیجرهای مختلف از

پرستاران در بخش‌های ویژه کم‌کم به فوت بیماران در حال اغماء عادت می‌کنند و این مسئله باعث می‌شود که در برخورد با بیماران دیگر امیدوار نباشند و به بهبودی بیمار فکر نکنند و نهایتاً تلاشی برای برگشت وی انجام نمی‌دهند. مشارکت‌کننده‌ای در خصوص کرختی عاطفی اظهار نمود که "منی که هر روز میام همین کارها را می‌کنم هیچ تأثیری هم نداره، هم خراب میشه. من اگه همچین مریضی داشته باشم دیگه فرقی برام نداره که این مطلبو میدونم یا نه (مشارکت‌کننده شماره ۷).

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

ترس افسردگی، عصبانیت، بی‌حوصلگی، بی‌معنابودن زندگی، حس بی‌ارزش بودن انسان، درماندگی و احساس گناه از جمله واکنش‌های پرستاران در مقابل بیمارانی بود که مراقبتهای بیهوده دریافت می‌کردند. 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 می‌شود. مشارکت‌کننده‌ای در خصوص تنش اخلاقی اظهار نمود که "چون بعضی‌هاشون خیلی جوون هستند، آدم ناراحت میشه. این نمونه‌ها را که دیدم توی روحیه‌ام خیلی تأثیر داشته از اون شور و حال قبلی افتادم حتی توی خونه هم می‌گن تو زمانی که بخش ویژه کار نمی‌کردی سرحالتر و قهقهه‌تر بودی الان همیشه خسته‌ای وقتی میایی خونه. آدم دپرس میشه. می‌گم فردا آخر و عاقبت ماها چی می‌خواد بشه ماها هم می‌خواهیم روی همین تخت‌ها بیافتیم توی روحیه آدم خیلی تأثیر می‌گذاره (مشارکت‌کننده 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 می‌دهند. داشتن حس ترحم، حس پناه دادن و به آخرخط رسیدن و همدردی با خانواده از جمله دلایل پرستاران برای انجام مراقبتهای بیهوده مطرح گردید. مشارکت‌کننده دیگری در

می‌شود یا فوت می‌کند. انجام این کارهای روتین جزء مسئولیت‌های مراقبین است و آنان خود را مسئول اجرای آنها می‌دانستند و مسئولیت‌پذیری در قبال کارهای روتین را تأکید می‌کردند. تحقیقات نشان می‌دهد عواملی مثل کمبود نیرو، شرایط جوی غیراستاندارد، نبود حمایت سازمانی، نارضایتی پرستاران به طور منفی، بر نحوه ارائه مراقبت‌های پرستاری تأثیر دارد و می‌تواند منجر به انجام مراقبت بی کیفیت گردد (۱۶).

نتایج مطالعه بالغانی و همکاران 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 (۱۷). برحسب نتایج این پژوهش بسیاری از پرستاران از این که اغلب در ایستگاه پرستاری هستند، به کارهای روتین می‌پردازند و کمتر بر بالین بیمار حضور دارند، گله‌مند بودند.

Meltzer اذعان دارد که مراقبت بیهوده روی مراقبین حرفه‌ای تأثیر می‌گذارد. خستگی زودرس، خستگی جسمی، خستگی مزمن، احساس تحلیل رفتن و حس فرسودگی از جمله مواردی بود که پرستاران به دنبال کار با دریافت‌کنندگان مراقبت‌های بیهوده تجربه کرده بودند. خستگی و کاهش انرژی به صورت خسته شدن جسم و روح مطرح می‌شود که می‌تواند 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 حرف‌نهایی را در مورد زندگی فرد دیگری می‌زند، همگی از جمله عوامل ایجادکننده چالش‌های اخلاقی و ناامیدی در پرستارانی می‌شود 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 می‌شود. مشاهده مراقبت‌های بیهوده باعث بروز پاسخ‌های عاطفی قوی توسط پرستاران می‌گردد و آنها در

مشکلاتی بود که توسط مشارکت‌کنندگان اظهار شد. بی‌توجهی به اصول اخلاقی توسط کارکنان و سکوت در مقابل خطاها موجب افزایش مراقبتهای بیهوده می‌گردد، بنابراین تنظیم اهداف مراقبتی واقع بینانه و منطقی همراه با رعایت ارزشهای ضروری و اولویتهای مهم‌ترین اصل برای جلوگیری از ایجاد موقعیتهای مراقبت بیهوده می‌باشد. در نتیجه کاهش مراقبتهای بیهوده منجر به کاهش تنش اخلاقی و افزایش رضایت شغلی می‌شود. بی‌توجهی به اصول اخلاقی توسط کارکنان و سکوت در مقابل خطاها موجب افزایش مراقبتهای بیهوده می‌گردد (۱۰).

یکی از چالش‌های پرستاران در مورد مراقبتهای بیهوده در خصوص عملیات احیاء قلبی و ریوی و مدیریت ضعیف در خصوص دستورات (عدم انجام احیاء) است. چالش همه بخش‌های مراقبت ویژه، تدوین یک ساختار تصمیم‌گیری و تقویت نقش پرستار به منظور راهنمایی دلسوزانه بیمار و خانواده در طی این فرآیند، می‌باشد (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 بی‌فایده است. احیای بیمار دچار سرطان پیشرفته و بیماری‌های صعب‌العلاج تنها موجب زجر و تداوم ناراحتی آنان می‌شود و این امر با اصل اخلاقی خودمختاری بیمار در پذیرش نوع درمان در تعارض است (۱۳). عدم توجه پزشکان به خواسته‌های بیمار و خانواده وی و تصمیم‌گیری به جای بیمار بدون آگاه‌سازی بیمار و خانواده منجر به افزایش میزان مراقبتهای بیهوده می‌گردد (۱۵).

پرستاران در بخش‌های ویژه کم کم به فوت بیماران در حال اغماء عادت می‌کنند و این مسئله باعث می‌شود 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 مشارکت‌کنندگان معتقد بودند که بسیاری از این کارهای روتین نه تنها بیهوده است بلکه برای بیمار عوارض دارد و اکثراً می‌گفتند که باید کارهای روتین بازنگری شود چون به بیمار آسیب می‌رساند 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 می‌باشد (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 سیستم‌های حمایتی اخلاقی و عاطفی، ارتقاء یابد (۱۰). پرستاران نیاز به حمایت عاطفی و مذهبی برای مقابله با تنیدگی افزایش یافته ناشی از مراقبت‌های 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 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 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 کنند در ایران تدوین نشده‌اند. بنابراین، تدوین دستورالعمل‌هایی برای تصمیم‌گیری در مراقبتهای بیهوده به ویژه در مواردی نظیر مراقبت‌های پایان حیات ضروری به نظر می‌رسد (۸).

تشکر و قدردانی:

این مطالعه بخشی از رساله دکترای رشته پرستاری با شماره مصوب ۷۸۰ می‌باشد. پژوهشگران از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی شعبه بین الملل و مشارکت‌کنندگان 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.

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

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