

مقاله پژوهشی اصیل

مقایسه درک پزشکان و پرستاران از مراقبت بیهوده در بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی شیراز

مرضیه رضایی^۱، کارشناس ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژهشهرزاد غیاثوندیان^۲، دکترای پرستاری* معصومه ذاکری مقدم^۳، دکترای پرستاری

خلاصه

هدف. این مطالعه با هدف تعیین و مقایسه درک پزشکان و پرستاران از مراقبت بیهوده انجام شد. زمینه. مراقبت بیهوده، مجموعه اقدامات بدون ایجاد شانس منطقی و معقول برای سود رسانی به بیمار است. تعیین درک از مفهوم بیهودگی، در کاهش موقعیت‌های منتج به آن و تصمیم‌گیری‌های پایان حیات ضروری است.

روش کار. پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی مقایسه‌ای مقطعی است که در آن، درک ۱۱۴ پرستار و ۵۷ پزشک شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی شیراز در مورد مراقبت بیهوده مورد مطالعه و مقایسه قرار گرفت. ابزار بررسی، پرسشنامه پژوهشگر ساخته درک از مراقبت بیهوده بود که روایی و پایایی آن با نظر خبرگان، روش آزمون-باز آزمون و آلفای کرونباخ بررسی و تایید شد. روش نمونه‌گیری، در دسترس و بر اساس معیارهای ورود به مطالعه بود. تحلیل داده‌ها با آمار توصیفی و تحلیلی در نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ صورت گرفت.

یافته‌ها. میانگین کلی نمرات درک پرستاران و پزشکان، ۷۷/۲۹ با انحراف معیار ۱۳/۷۹ بود. میانگین نمره درک پرستاران از مراقبت بیهوده نسبت به پزشکان بیشتر بود (۷۸/۴۶ با انحراف معیار ۱۴/۴ در مقابل ۷۴/۹۱ با انحراف معیار ۱۲/۳)، اما تفاوت معنی‌دار آماری از نظر میانگین نمره درک بین دو گروه وجود نداشت. بیشترین توافق دو گروه، در گویه "ارتباطات ناکارآمد" و "شرکت ندادن کادر درمان در تصمیم‌گیری" بود. در مورد "تنش‌زا بودن مراقبت بیهوده"، پرستاران تنش بیشتری را گزارش کردند و در این زمینه اختلاف معنادار آماری بین دو گروه وجود داشت.

نتیجه‌گیری. توافق در مورد مهمترین عوامل مؤثر بر درک از بیهودگی، بیانگر هم سو بودن درک پزشکان و پرستاران در این زمینه است. بالا بودن نمره درک در هر دو گروه و تنش‌زا بودن مراقبت بیهوده برای پرستاران، آموزش مکانیسم‌های سازگاری با چنین موقعیت‌هایی را ضروری می‌نماید.

کلیدواژه‌ها: مراقبت بیهوده، پرستار، پزشک، بخش مراقبت ویژه

۱ کارشناس ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران / پرستار بخش مراقبت‌های ویژه جراحی

قلب بیمارستان شهید فقیهی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

۲ دانشیار، گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۳ استادیار، گروه پرستاری مراقبت‌های ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران (* نویسنده مسئول) پست الکترونیک:

mzakerimo.@tums.ac.ir

مقدمه

پرستارانی که در بخش مراقبت ویژه کار می‌کنند شاهد درد و رنج بیمارانی هستند که هفته‌ها و حتی ماه‌ها تحت درمان‌های سخت و پرهزینه‌ای هستند که اغلب از نظر آنان و حتی پزشکان بیهوده است. در سال‌های اخیر با توجه به گسترش نقش حرفه‌ای و حمایتی پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه، مواجهه آنان با مسائل اخلاقی پیرامون مراقبت بیشتر شده است. درک عمیق از مفهوم مراقبت، در کیفیت خدمات کادر درمان، تاثیر قابل توجهی دارد (اسدی و شمس نجف آبادی، ۱۳۹۳). دیدگاه‌های متفاوت کادر درمان، ارتباط زیادی با مراقبت و درک حاصل از آن، به ویژه در مراقبت‌های پایان زندگی دارد. پرستاران در انجام مراقبت از مدل کلی‌نگر استفاده می‌کنند و همه جوانب بیمار را در نظر می‌گیرند، در حالی که پزشکان بیشتر بر خود بیماری متمرکز هستند.

پیشرفت فناوری منجر به افزایش بقا در بیماران شده است، اما در واقع، افزایش بقا بدون افزایش کیفیت زندگی فایده‌ای برای بیمار ندارد. برای اولین بار، آندرس و دبرگ در مورد بیهوده بودن درمان بحث کرد (ردوال، ۲۰۱۶) و واژه "مراقبت بیهوده" در سال ۱۹۸۰ تعریف شد و از سال ۱۹۹۰ وارد متون اخلاق پزشکی گردید. مراقبت بیهوده، مجموعه اقدامات بدون ایجاد شانس منطقی و معقول برای سودرسانی به بیمار، و همچنین، ناتوانی کادر درمان برای دستیابی به اهداف اختصاصی از جمله اهداف فیزیولوژیک، و بهبود کیفیت زندگی است (آقایی و دهقان نیری، ۱۳۹۴). درمان بیهوده، در بیماران در مراحل پایانی زندگی اقدامات درمانی است که علاج‌بخش نیستند و کیفیت زندگی و هوشیاری بیمار را تغییر نمی‌دهند و تنها موجب طولانی شدن فرایند مرگ می‌شوند (شجاعی، ۱۳۹۶). از مصادیق مراقبت بیهوده در بخش مراقبت ویژه، می‌توان به حمایت تنفسی مکانیکی، دیالیز، عملیات احیاء، و دیگر درمان‌های نگهدارنده در بیماری‌های پیشرفته مغزی، و تجویز آنتی‌بیوتیک‌ها و داروهای گران‌قیمت برای بیمار مشرف به مرگ، است. طبق مطالعات انجام شده، عدم انطباق بین سطح مراقبت و پیش‌آگهی بیماری، از رایج‌ترین دلایل مراقبت بیهوده است. این مفهوم به طور عمده توسط کارکنان بخش مراقبت ویژه به عنوان تضاد بین مراقبت و پیش‌آگهی مشخص برای بیماران، تعریف می‌شود. این تناقض بیشتر مربوط به مراقبت‌های بیش از حد است (پایر و همکاران، ۲۰۱۱؛ نویل و همکاران، ۲۰۱۴).

مراقبت بیهوده ممکن است منجر به افزایش هزینه‌ها و اتلاف وقت و انرژی شود (رستمی و همکاران، ۱۳۹۶) و فرصت استفاده از منابع را از سایر بیماران با امکان بهبودی بیشتر سلب کند. در مطالعه جکسون و همکاران (۲۰۱۴)، مراقبت بیهوده مراقبتی است که طی آن منابع زیادی مصرف می‌شود و در مقابل، میزان بقای محدودی را چه در بیمارستان و چه بعد از ترخیص برای بیمار به همراه دارد. با توجه به محدودیت منابع و وجود بیماران واجد شرایط مراقبت پیشرفته، مراقبت از بیماری که امید به بهبودی او کمتر است، غیرمنطقی به نظر می‌رسد (سعیدی تهرانی و مدنی، ۱۳۹۴).

تصمیم‌گیری درباره شروع یا توقف درمان‌های تهاجمی در مراحل پایان زندگی بسیار پیچیده است و تا حد زیادی به ارتباطات میان کادر درمان و بیمار و بستگان وی وابسته است (ردوال، ۲۰۱۶). در پزشکی قضاوت و تصمیم درباره نتایج خدمات درمانی ارائه شده به بیمار با چالش‌های اخلاقی جدی و پرتنشی همراه است. از سوی دیگر، جنبه‌های علمی و اخلاقی متعددی وجود دارد که گاه تصمیم‌گیری را دشوار می‌سازد. پزشکان و کادر درمان به دفعات با این موقعیت‌ها مواجه می‌شوند و بعضاً چون حل این چالش‌ها، پیچیدگی‌های بسیاری دارد، معمولاً چاره‌ای جز تسلیم در برابر آن نمی‌یابند و بدون اینکه آن را حل کنند یا اقدام مفیدی انجام دهند، از کنار آن می‌گذرند (شجاعی، ۱۳۹۶). دلایلی همچون اجبار از سوی پزشک یا اصرار خانواده بیمار یا ترس از مسائل قانونی، پرستار را ملزم به انجام مراقبت بیهوده می‌کند. این مسائل می‌تواند باعث فشارهای غیر قابل تحمل برای پرستار و در نتیجه، کاهش رضایت حرفه‌ای و فرسودگی و در نهایت کناره‌گیری وی از حرفه شود.

مسئولیت اخلاقی و نقش مشاوره‌ای پرستاران به جهت نزدیکی با بیمار و خانواده، بحث عمده‌ای است که اهمیت دخیل بودن پرستاران در روند تصمیم‌گیری بالینی در مراحل پایانی زندگی را بیشتر نشان می‌دهد. اما، آمارها حاکی از آن است که این تصمیم‌گیری‌ها به طور عمده توسط پزشکان انجام می‌شود و پزشکان، پرستاران را به عنوان تیم حرفه‌ای مستقل و قابل اعتماد نمی‌دانند (مانی، ۱۳۹۵). به نظر می‌رسد دلیل اصلی این مسئله فقدان ارتباط موثر بین اعضای کادر درمان باشد، در حالی که با توجه به تیمی بودن امر درمان، ارتباط موثر درون تیمی تاثیر زیادی در روند درمان و بهبودی بیمار دارد.

نتایج مطالعات ارتباط بین مراقبت بیهوده و تنش اخلاقی را نشان داده‌اند (برهانی و همکاران، ۱۳۹۴). تنش اخلاقی در پرستاران به دلیل فقدان قدرت تصمیم‌گیری در آنها، بیشتر شایع است. تنش اخلاقی ممکن است منجر به عواقب ذهنی و جسمی شود که تاثیرات منفی بر مسئولیت حرفه‌ای پرستاران دارد. عدم هماهنگی مراقبت ارائه شده با پیش‌آگهی تعیین شده برای بیمار، پرستار را رنج می‌دهد. این تجربه‌های آزاردهنده مکرر، فرسودگی شغلی را افزایش می‌دهد. پزشکان جوان نیز قدرت تصمیم‌گیری محدودی دارند و

ممکن است بعضی از تصمیمات پزشکان ارشد را از نظر اخلاقی غیرقابل قبول بدانند (ردوال، ۲۰۱۶؛ ازدن و همکاران، ۲۰۱۳؛ رستمی و جعفری، ۱۳۹۵، پایرز و همکاران، ۲۰۱۴). به دلیل نقش حرفه‌ای متفاوت پزشکان و پرستاران، درک آنها از چستی و مصادیق مراقبت بیهوده در بیماران در مراحل پایانی زندگی متفاوت است. همچنین، مقایسه درک پرستاران و پزشکان، به دلیل تیمی بودن امر مراقبت و درمان بیمار اهمیت دارد. در سال‌های اخیر، افزایش تعداد تخت‌های مراقبت ویژه، به ویژه در شهرهای بزرگ ایران و همچنین، یکسان نبودن عقاید پزشکان و پرستاران، بحث در مورد جنبه‌های مراقبت در بخش‌های مراقبت ویژه را جدی‌تر کرده است. پژوهش حاضر با هدف تعیین و مقایسه درک از مراقبت بیهوده در دو گروه اصلی کادر درمان، یعنی پرستاران و پزشکان انجام شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش پس از تایید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران (به شماره ۹۲/د/۶۳۲/۱۳۰) و اخذ مجوز از دانشگاه علوم پزشکی شیراز، به صورت توصیفی مقایسه‌ای با روش نمونه‌گیری در دسترس و به صورت مقطعی انجام شد. جامعه پژوهش، شامل پزشکان و پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های نمازی، شهید فقیهی، شهید چمران و شهید رجایی شهر شیراز بودند که سرپرستاران، پرستاران و پزشکان عمومی، دستیاران، فلوشیپ‌ها و استادان بخش‌های مراقبت ویژه داخلی، جراحی، جراحی قلب و پیوند اعضا را در بر گرفت. معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن سابقه کار در بخش مراقبت ویژه حداقل به میزان دو سال برای پرستاران و یک سال برای پزشکان، و شاغل بودن به کار در بخش مراقبت ویژه در زمان انجام پژوهش بود. بر این اساس، تعداد ۱۱۴ پرستار و ۵۷ پزشک وارد مطالعه شدند.

ابزار پژوهش یک فرم اطلاعات دموگرافیک و حرفه‌ای شامل متغیرهای سن، جنس، میزان تحصیلات، سابقه کار در بخش مراقبت ویژه، میانگین ساعات کار در هفته، نوع بخش، تجربه بالینی و گذراندن دوره آموزشی مراقبت ویژه، میزان علاقه به شغل، نوع شیفت کاری، کار در بیش از یک بیمارستان و تجربه داشتن یک خویشتان در مراحل پایانی زندگی بود. قسمت دوم، ابزار بررسی درک از مراقبت بیهوده بود که از دو پرسشنامه درک از مراقبت بیهوده اسدی نوقابی و همکاران (۱۳۹۱) و پرسشنامه درک از مراقبت نامناسب (Perceived Inappropriate Care) (PIC) برای تدوین آن استفاده شد. پرسشنامه PIC توسط پیرس و همکاران (۲۰۱۱) تدوین شد و پژوهشگر پس از ترجمه برخی از گویه‌های متناسب با پژوهش فعلی و فرهنگ ایرانی، از آن ایده گرفت.

ابزار درک از مراقبت بیهوده شامل ۲۸ گویه است که بر اساس طیف چهار ارزشی لیکرت از ۱ تا ۴ نمره‌دهی می‌شود. کمترین نمره در هر گویه، نمره "یک" برای پاسخ "کاملاً مخالفم"، و بیشترین نمره هر گویه، نمره ۴ برای پاسخ "کاملاً موافقم" است. همه گویه‌ها هم جهت هستند. حداقل نمره هر شرکت کننده، ۲۸ و حداکثر ۱۱۲ است و نمرات نشان‌دهنده سطح درک از مراقبت بیهوده است. تایید روایی ابزار با نظرات ده نفر از اعضای هیئت علمی پزشکی و پرستاری در دانشگاه علوم پزشکی تهران، و تایید پایایی ابزار با تعیین ثبات آزمون با روش آزمون-باز آزمون (ضریب همبستگی ۰/۷۵) و محاسبه ضریب آلفای کرونباخ (۰/۸۵) انجام گردید. پژوهشگر برای نمونه‌گیری به عرصه پژوهش (بخش‌های مراقبت ویژه مراکز آموزشی درمانی شهید فقیهی، نمازی، شهید چمران و شهید رجایی) مراجعه کرد و پس از کسب اجازه از پس از کسب اجازه از مسئولان بیمارستان و اخذ رضایت نامه آگاهانه از نمونه‌ها و قید کردن محرمانه بودن اطلاعات شرکت‌کنندگان، اقدام به توزیع پرسشنامه در ابتدای هر سه شیفت کاری نمود. پرسشنامه‌ها طی دو ماه تکمیل گردیدند. داده‌ها با استفاده از نسخه ۱۶ نرم افزار SPSS و استفاده از آمار توصیفی و تحلیلی مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

نیمی از شرکت‌کنندگان در پژوهش، در محدوده سنی ۳۰ تا ۳۹ سال قرار داشتند. سابقه کار آنان در بخش مراقبت ویژه بین ۳ تا ۸ سال متغیر بود. اکثر پرستاران، زن (۸۹/۵ درصد) و بیشترین درصد پزشکان (۷۱/۹ درصد) مرد بودند. بیشترین درصد پرستاران دارای مدرک کارشناسی و بیش از نیمی از پزشکان، فلوشیپ‌ها و استادان پزشکی و همچنین، پزشکان عمومی مقیم در بخش مراقبت ویژه بودند. بیشترین نمونه‌گیری از بخش‌های مراقبت ویژه عمومی (۲۵/۴ درصد) و کمترین، مربوط به بخش پیوند اعضا (۹/۶ درصد) بود. اکثر پزشکان علاقه زیاد و اکثر پرستاران علاقه متوسط به کار در بخش مراقبت ویژه داشتند. میانگین سابقه کار پرستاران در بخش مراقبت ویژه، ۸/۰۷ سال با انحراف معیار ۵/۶۹ و میانگین سابقه کار پزشکان در بخش مراقبت ویژه، ۳/۱۹ سال با انحراف معیار ۲/۶۶ بود. ویژگی‌های دموگرافیک نمونه‌ها در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی برخی ویژگی‌های جمعیت شناختی پرستاران و پزشکان

پزشک	پرستار	گروه
تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	متغیر
		جنس
۲۸/۱۱۶	۸۹/۵	زن
۷۱/۹	۱۰/۵	مرد
		سن (سال)
۸/۹	۳۰/۷	۲۹ تا ۳۰
۵۳/۶	۵۰/۹	۳۰ تا ۳۹
۳۷/۵	۱۸/۵	بیشتر از ۳۹
		علاقه به کار در بخش مراقبت ویژه
۱/۸	۸/۹	کم
۲۶/۳	۵۷/۹	متوسط
۷۱/۹	۳۳/۳	زیاد
		گذراندن دوره آموزشی مراقبت ویژه
۷/۱/۴	۶۸/۷	خیر
۱۶/۱	۲۵/۹	بله (کمتر از ۶ ماه)
۱۲/۵	۵/۴	بله (بیشتر از ۶ ماه)

در این پژوهش میانگین کل نمرات درک از مراقبت بیهوده در هر دو گروه، ۲۹/۷۷ با انحراف معیار ۱۳/۷۹ به دست آمد. میانگین نمره درک پرستاران از مراقبت بیهوده نسبت به پزشکان بیشتر بود (۷۸/۴۶ با انحراف معیار ۱۴/۴ در مقابل ۷۴/۹۱ با انحراف معیار ۱۲/۳)، اما تفاوت معنی‌دار آماری از نظر میانگین نمره درک بین دو گروه وجود نداشت. بنابراین، با توجه به این یافته‌ها می‌توان گفت هر دو گروه درک متوسطی از مراقبت بیهوده داشتند. بیشترین توافق دو گروه، در گویه "ارتباطات ناکارآمد" و "شرکت ندادن کادر درمان در تصمیم‌گیری پایان دادن زندگی" بود. در مورد "تنش‌زا بودن مراقبت بیهوده"، پرستاران تنش بیشتری را گزارش کردند و در این زمینه اختلاف معنادار آماری بین دو گروه وجود داشت.

در مورد رابطه متغیرهای دموگرافیک و حرفه‌ای با درک از مراقبت بیهوده، نتایج آزمون اسپیرمن نشان داد که متغیرهای سن، سابقه کار بالینی، سابقه کار در بخش مراقبت ویژه، میانگین ساعت کار در هفته و طول مدت دوره آموزشی با نمره درک از مراقبت بیهوده در هر دو ارتباط معنادار آماری نداشتند، اگرچه بین طول مدت دوره آموزشی با نمره درک پزشکان، همبستگی نسبتاً بالا ($r=0/64$)، به دست آمد. در مورد ارتباط جنس با درک از مراقبت بیهوده، نتایج آزمون تی، نشان‌دهنده بالاتر بودن نمره درک از مراقبت بیهوده در زنان نسبت به مردان در هر دو گروه بود، اما این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار نبود.

بحث

بر اساس یافته‌های این پژوهش، پرستاران درک متوسطی از مراقبت بیهوده دارند. این یافته با یافته‌های حاصل از مطالعه رستمی و جعفری (۱۳۹۶) بر روی پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه مازندران، مطالعه محمدی و روشن‌زاده (۱۳۹۴) در بخش‌های مراقبت ویژه خراسان جنوبی، و برهانی و همکاران (۱۳۹۴) در بخش‌های مراقبت ویژه کرمان همسو است. این در حالی است که پایرز و همکاران (۲۰۱۱)، و دنیل و همکاران (۲۰۱۷) در اروپا به درک بالایی از بیهودگی در پرستاران بخش‌های ویژه دست یافتند. در پژوهش حاضر درک پزشکان نیز در محدوده متوسط بود. در مطالعه شهریاری (۱۳۹۲) که بر روی پزشکان شهر قم انجام شد، میانگین نمره درک از مراقبت بیهوده، ۱۹/۵ بود (بالاترین حد نمره ۲۵ بود) و این نتیجه با یافته‌های حاصل از مطالعه پیرس (۲۰۱۱) در اروپا مغایرت دارد. پزشکان در پژوهش پیرس درک پایینی از مراقبت بیهوده داشتند. در پژوهش نویل (۲۰۱۵) و همچنین، مطالعه دنیل و همکاران (۲۰۱۷) استادان بخش مراقبت ویژه نسبت به دستیاران درک بهتری از مراقبت بیهوده داشتند. به نظر می‌رسد تفاوت درک در پرستاران مختلف به دلیل ارائه خدمت با دستورالعمل‌های درمانی و قوانین متفاوت و اختلافات فرهنگی و مذهبی باشد.

در این مطالعه، درک پرستاران بیشتر از پزشکان بود، اما تفاوت آماری معنی‌داری در این زمینه مشاهده نشد. در پژوهش پایرز و همکاران (۲۰۱۱) نیز پرستاران موقعیت‌های بیهودگی را بیشتر از پزشکان درک می‌کردند و بیشترین درک مربوط به زیاد بودن بار کاری در بخش مراقبت ویژه، بیشتر از سوی پرستاران گزارش شده بود. دلیل و همکاران (۲۰۱۷) نیز در مقایسه این نوع درک در بین پرستاران و دانشجویان پزشکی در دو مقطع آموزشی، به بالاتر بودن درک از مراقبت بیهوده در پرستاران نسبت به دو گروه پزشکی دست یافتند. می‌توان گفت تفاوت در درک پزشکان و پرستاران به دلیل نقش‌های حرفه‌ای متفاوت و دیدگاه‌های مراقبتی و درمانی است. پایرز و همکاران (۲۰۱۱) در مطالعه خود بیشترین علت درک از بیهودگی را عدم تناسب بین مراقبت و پیش‌آگهی بیمار گزارش کرده‌اند. در واقع، تلاش فراوان جهت بهبود بیمار و بازخورد منفی از سوی بیمار از عواملی است که درک پرستاران را بالا می‌برد.

درک پزشکان و پرستاران در زمینه‌های مختلف مرتبط با مراقبت بیهوده متفاوت است، اما وجود توافق در مورد مهمترین عوامل مؤثر بر درک از مراقبت بیهوده در این پژوهش، نشان‌دهنده هم‌سو بودن درک در دو گروه می‌باشد. در این پژوهش، ۶۸ درصد از پزشکان و ۵۷ درصد از پرستاران، مشکلات ارتباطی میان کادر درمان و ۵۶ درصد از شرکت‌کنندگان دو گروه، چالش‌های مربوط به سهیم کردن اعضای کادر درمان، به ویژه پرستاران را در تصمیم‌گیری، مهمترین عامل فراهم شدن موقعیت‌های منتج به مراقبت بیهوده دانستند. در رابطه با ضعف ارتباطی کادر درمان، پرستاران در مطالعه زکریا در عربستان (به نقل از مانی، ۱۳۹۵) اظهار کردند که جامعه پزشکی، پرستاران را به عنوان یک کادر حرفه‌ای و مستقل در نظر نگرفته است و ارتباط مؤثری در این زمینه با پرستاران برقرار نمی‌نماید. همچنین، ۸۶ درصد پرستاران در پژوهش آنستی و همکاران (۲۰۱۵) و یک سوم از شرکت‌کنندگان در پژوهش پایرز (۲۰۱۱) و تکریریا (۲۰۱۲) در اروپا، مشکلات ارتباطی میان کادر درمان را از علل انجام مراقبت بیهوده دانسته‌اند.

پیرس (۲۰۱۴) یکی از عوامل مؤثر بر درک از مراقبت بیهوده را ارتباطات ضعیف پزشکان با تیم مراقبت ویژه و خانواده‌های بیماران عنوان کرد. دلیل و همکاران (۲۰۱۷)، ارتباطات ناکارآمد میان پرستاران و پزشکان را از دلایل اصلی انجام مراقبت‌های بیهوده می‌دانند. در این مطالعات سطح بالایی از همکاری منظم درون تیمی در کنار استقلال حرفه‌ای و ثبات کاری به عنوان سه عامل محدودکننده ایجاد موقعیت‌های مراقبت بیهوده گزارش شده‌اند. با توجه به شناسایی این چالش‌ها از سوی پزشکان و پرستاران در جامعه پژوهش حاضر، نیاز اساسی به برقراری ارتباطات منسجم و منظم درون تیمی، به ویژه ارتباط پزشک و پرستار وجود دارد. تاثیر منفی نامناسب بودن تصمیم‌گیری‌های مربوط به پایان زندگی، در پرستاران بیشتر از پزشکان است (پایرز و همکاران، ۲۰۱۴). تفاوت میان مرگ پیش‌بینی شده و مشاهده شده در بیماران بخش مراقبت ویژه نیز لزوم ارتباطات درون تیمی را نشان می‌دهد (مانی، ۲۰۱۶). در پژوهش حاضر، پزشکان در مقایسه با پرستاران توافق بیشتری در زمینه ارتباطات ناکارآمد میان تیم درمان داشتند و این یافته نشان‌دهنده اهتمام پزشکان به سهیم کردن پرستاران در تصمیم‌گیری (در نتیجه ارتباطات مؤثر) است.

در این پژوهش، پرستاران در مقایسه با پزشکان، تنش بالاتری را از انجام مراقبت بیهوده احساس کردند و این تفاوت از نظر آماری معنادار بود. پژوهش‌های دیگر این یافته را تایید می‌کنند. عامری و همکاران (۱۳۹۲) در نتایج پژوهش خود، از انجام درمان بیهوده و آزمایش‌های غیرضروری در مراحل پایانی زندگی بیماران به عنوان موقعیت‌هایی با تنش اخلاقی زیاد یاد کرده‌اند. برهانی و همکاران (۱۳۹۴) نیز در پژوهشی، ارتباط مثبت معنادار بین این دو پدیده را گزارش کردند؛ پرستاران در این پژوهش بیان کردند که مراقبت بیهوده آنان را دچار احساس ناتوانی، ناامیدی، خشم و گناه می‌کند و این مسئله تنش اخلاقی در پرستاران را بیشتر می‌نماید. در پژوهش‌های پایرز و همکاران (۲۰۱۴) در اروپا و ازدن و همکاران (۲۰۱۳) در ترکیه نیز تنش حاصل از درک، بالا گزارش شد.

تفاوت دیدگاه دو گروه در گویه "انجام اقدامات تشخیصی و درمانی برای بیمار بدحال، تحمیل هزینه به خانواده است" نشان‌دهنده اهتمام بیشتر پرستاران نسبت به پزشکان به مشکلات بیمار و خانواده است. در مطالعه زکریا نیز، مهمترین نگرانی پرستاران، پیرامون مشکلات خانواده بیماران ذکر شده است (به نقل از مانی، ۱۳۹۵). در این پژوهش، تفاوت دیدگاه دو گروه شاید به این علت است که پرستاران بیشتر از پزشکان از هزینه‌های درمانی بیماران و مشکلات خانواده بیماران (بیمه، هزینه تخت بستری و آزمایشات تشخیصی درمانی) آگاهی دارند. این در حالی است که منابع سلامت، (به ویژه در ایران) محدود است و پزشک وظیفه دارد از ایجاد هزینه غیرمنطقی برای بیمار و تحمیل هزینه به خانواده خودداری کند (رستمی و همکاران، ۱۳۹۶؛ مانی، ۱۳۹۵؛ شهریاری، ۱۳۹۲).

تفاوت دیگر در دیدگاه دو گروه در مورد گویه "تجویز آنتی‌بیوتیک وسیع‌الطیف در مراحل پایانی زندگی بیهوده است" بود. در حمایت از این یافته، مدنی (۱۳۹۲) در یک مطالعه مروری به بیهوده بودن تجویز آنتی‌بیوتیک‌ها و داروهای گران‌قیمت برای بیمار مشرف به مرگ اشاره کرده و به بحث در مورد تنیدگی اخلاقی حاصل از آن در پرستاران می‌پردازد. پرستاران بخش مراقبت ویژه از وضعیت درمانی و تاثیر داروها بر روند بهبودی وی آگاهی دارند و گاهی اوقات، داشتن تجربه مشابه از بیمار دیگر و عدم تاثیر داروها بر وی

باعث می شود که اکثر پرستاران تجویز چنین داروهایی را در مراحل آخر زندگی بیهوده بدانند. عدم توافق بیشتر پزشکان با این گویه شاید به این دلیل باشد که پزشکان به عنوان فردی مسئول در بهبود بیماران، با انجام اقدامات تشخیصی درمانی متعدد، نهایت تلاش خود را برای نجات بیمار می کنند، بنابراین، درمان را هر چند به نظر بی فایده برسد، ضروری می دانند.

بالتر بودن درک از مراقبت بیهوده در زنان، در هر دو گروه، می تواند به دلیل برخورداری زنان از روحیه حساس تر و دقیق تر باشد که در نتیجه آن، بیشتر از مردان موقعیت های مراقبت بیهوده را تشخیص می دهند و درک می کنند. این یافته با نتایج موجود در پژوهش شهریاری (۱۳۹۲) همخوانی دارد. در این پژوهش ارتباط معنی دار آماری بین جنس پزشکان و دیدگاه آنان نسبت به قضاوت های بیهودگی به دست آمد و میانگین نمره درک از مراقبت بیهوده در زنان بالاتر بود. شهریاری (۱۳۹۲) می نویسد زنان پزشک قضاوت بهتری در مورد تعیین بیهودگی، به خاطر توجه به عقاید بیمار در تصمیم گیری نهایی دارند. شاید بتوان علت بالاتر بودن درک زنان را توجه به عقاید بیماران و همراهان بیمار در تصمیم گیری های بالینی نیز دانست.

وجود همبستگی نسبتاً بالا ($r=0/64$) بین طول مدت دوره آموزشی مراقبت های ویژه با نمره درک پزشکان، نشان دهنده رابطه آموزش بیشتر در زمینه مراقبت های ویژه با این نوع درک می باشد. در حمایت از این یافته، در پژوهش پیرس (۲۰۱۱) رابطه آماری معنادار بین تحقیق در زمینه مراقبت های ویژه و درک از مراقبت بیهوده به دست آمد. احتمالاً کسب درجات علمی بالاتر و شرکت در دوره های آموزشی مرتبط، پزشکان را به درک بالاتری از جنبه های مربوط به مراقبت از بیماران بدحال به ویژه مراقبت بیهوده می رساند. به همین دلیل در این گروه درک در کسانی که آموزش دیده اند به طور قابل ملاحظه ای بالاتر است. این یافته در پرستاران نیز مشاهده شد، اما در هیچ گروهی، تفاوت آماری معنی داری معنادار نشد.

نتیجه گیری

بیهودگی مراقبت و موارد پیرامون آن از مسائل چالش برانگیز است و به علت فراوانی این موقعیت ها و تاثیر غیرقابل اجتناب آن بر سلامت جسمی و روانی کادر درمان و کیفیت خدمات ارائه شده، باید مورد توجه سیاستگذاران سلامت باشد. حمایت فردی و گروهی از تیم پرستاری می تواند به سازگار شدن پرستاران با موقعیت های تنش زای موجود در بخش مراقبت ویژه و در نتیجه، کاهش تنش اخلاقی و فرسودگی شغلی کمک کند. برگزاری کارگاه های آموزشی در زمینه اخلاق پرستاری و گنجاندن شناخت از این نوع مراقبت و جنبه های اخلاقی مرتبط با آن، در خدمات پرستاری ضروری است. همچنین، جلسات منظم درون تیمی در بخش های مراقبت ویژه به نزدیک شدن دیدگاه ها در ارتباط با قضاوت های مربوط به بیهودگی مراقبت میان کادر درمان کمک می کند. نزدیک کردن عقاید تیم درمان در مورد تصمیم گیری پایان زندگی به بهبود نتایج و کاهش مراقبت بیهوده می انجامد. همچنین، سهم کردن پرستاران در تصمیم گیری های بالینی، رضایت حرفه ای را افزایش می دهد. نتایج این پژوهش می تواند در اختیار مدیران پرستاری قرار گیرد تا با درک اهمیت مراقبت بیهوده و تنش حاصل از آن در پرستاران، تمهیدات لازم جهت سازگاری با چنین موقعیت هایی را فراهم کنند و توانایی مدیریت موقعیت های منتج به بیهودگی را در آنان افزایش دهند. همچنین، پزشکان با تمرکز بر اهداف واقعی درمان و تعیین دقیق پیش آگهی در بیماران بدحال، می توانند بهترین گزینه درمانی را با مشورت سایر اعضای کادر درمان برای بیمار برگزینند.

تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل پژوهش پایان نامه ای مصوب کارشناسی ارشد دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران است که در سال ۱۳۹۲ در شهر شیراز انجام شد. از استادان ارجمند دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران که در کار پژوهشی به تیم پژوهش یاری کردند قدردانی می شود. از استادان آمار دانشکده پرستاری و مامایی، مدیران پرستاری، پرستاران و پزشکان بخش های مراقبت ویژه مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی شیراز که در اجرای پژوهش نقش داشتند قدردانی می شود.

منابع فارسی

آقا براری، م و دهقان نبیری، ن. (۱۳۹۵). مراقبت بیهوده: چالش های کاربرد مفهوم بیهودگی در مراقبت. نشریه حیات. چاپ ۲۱ صفحه ۵-۱.
عامری، م. صفوی بیات، ز. اشک تراب، ط. کاووسی، ا. واعظی، ع. (۱۳۹۲). بررسی تنش اخلاقی و عوامل مرتبط با آن از دیدگاه پرستاران شاغل در بخش های انکولوژی. مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی، دوره ششم، شماره یک، فروردین ۱۳۹۲.

اسدی، س. شمس نجف آبادی، ی. درک پرستاران از رفتارهای مراقبتی در بخش های مراقبت ویژه. دانشگاه علوم پزشکی لرستان، ایران. فصلنامه پرستاری داخلی- جراحی. دوره ۳ شماره ۳. صفحه ۱۷۶-۱۷۰.

برهانی، ف. محمدی، س. روشن زاده، م. (۱۳۹۲). تنش اخلاقی و درک از مراقبت بیهوده در پرستاران بخش های ویژه □. مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی

مدنی، م. (۱۳۹۲). ملاحظات اخلاقی درمان بیهوده. مجله اخلاق و تاریخ پزشکی. دوره ششم، شماره ۲، خرداد ماه ۱۳۹۲.

محمدی، س و روشن زاده، م. (۱۳۹۴). بررسی درک پرستاران بخش های مراقبت ویژه نسبت به مراقبت بیهوده. فصلنامه آموزش و اخلاق پرستاری. دوره سوم شماره دوم. تیرماه ۱۳۹۴.

رستمی، س. اسماعیلی، ر. جعفری، ه. چراتی، ج. شروفی، ا. (۱۳۹۶). درک پرستاران از مراقبت بیهوده در بخش های مراقبت ویژه. ، دوره دهم سال ۱۳۹۶.

سعیدی تهرانی، س. مدنی، م. (۱۳۹۳). بیهودگی اقدامات پزشکی از منظر چهار اصل اخلاق زیستی. مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی دوره ششم، شماره هفتم اسفند ماه ۱۳۹۳.

شهریاری، ا. عادل، م. و همکاران (۱۳۹۱). نگرش پزشکان به درمان بیهوده در مراقبت های پایان حیات. مجله علم زندگی شماره ۱۰ سال ۱۳۹۱

شجاعی، ا. (۱۳۹۵). خط مشی اخلاقی بیمارستان برای قطع درمان بیماران ناهشیار پایان حیات. مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی دوره نهم. شماره ۶ صفحه ۷۸-۷۰.

منابع انگلیسی

- Anstey, M.H., Adams, J.L. & McGlynn, E.A. (2015). Perceptions of the appropriateness of care in California adult intensive care units. *Crit Care*, 19, 51.
- Jackson, W.L. JR. and Sales, J.F. (2014). Potentially ineffective care: time for earnest reexamination. *Crit Care Res Pract*, 2014, Article ID134198.
- Mani Z.A. (2016). Intensive care unit nurses experirnces of providing end of life care. *Middle East Journal of Nursing*, 101, 1-7.
- Neville, T.H., Wiley, J.F., Holmboe, E.S., Tseng, C.H., Vespa, P., Kleerup, E.C. & Wenger, N.S. (2015). Differences between attendings' and fellows' perceptions of futile treatment in the intensive care unit at one academic health center. *Academic Medicine*, 90, 324-330.
- Ozden, D., Karagozoglul, S. & Yildirim, G. (2013). Intensive care nurses' perception of futility: job satisfaction and burnout dimensions. *Nurs Ethics*, 20, 436-47.
- Piers, R.D., Azoulay, E., Ricou, B., Ganz, F.D, Max, A., Michalsen, A., Maia, P.A, Owczuk, R., Rubulotta, F., Meert, A.P., Reyners, A.K., Decruyenaere, J. & Benoit, D.D. (2014). Inappropriate care in European ICUs: confronting views from nurses and junior and senior physicians. *Chest*, 146, 267-275.
- Piers, R.D., Azoulay, E., Ricou, B., Ganz, F.D, Decruyenaere, J. Max, A., Michalsen, A., Maia, P.A, Owczuk, R., & Rubulotta, F. (2011). Perceptions of appropriateness of care among European and Israeli intensive care unit nurses and physicians. *JAMA: the Journal of the American Medical Association*, 306, 2694-2703.
- Rostami, S., Esmaeali, R., Jafari, H., Hedayat Cherati, J., Yazdani (2016). Nurses' perceptions of futile medical care. *Mater Sociomed*, 28,151-5.
- Rydvall, A. (2016). Withhold or withdraw futile treatment in intensive care: arguments supported physicians and the general public. Ph.D, Umeå University.
- Schwarzkopf, D., Ruddel, H., Thomas
- SCHWARZKOPF, D., RUDDEL, H., Thomas-Ruddel, D.O., Felfe, J., Poidinger, B., Matthaus-Kramer, C.T., Hartog, C.S. & Bloos, F. (2017). Perceived nonbeneficial treatment of patients, burnout, and intention to leave the job among ICU nurses and junior and senior physicians. *Crit Care Med*, 45, e265-e273.
- Teixeira, A. Figueiredo, E., Melo, J., Martins, I. & Dias, C. (2012). Medical futility and end-of-life decisions in critically ill patients: perception of physicians and nurses on central region of Portugal. *J Palliative Care Med*, 2, 2.

Original Article

Comparison of physicians' and nurses' perceptions of futile care in intensive care units of Shiraz University of Medical Sciences hospitals

Marzieh Rezaei¹, MSc
Shahzad Ghiasvandian², Ph.D
* Masoumeh Zakeri-Moghadam³, Ph.D

Abstract

Aim. This study aimed to compare physicians' and nurses' perceptions of futile care.

Background. Futile medical care is the provision of medical care or treatment to a patient when there is no reasonable hope or chance of a benefit. Determination of perceptions of futility is crucial to reduction of situations leading to futility and end-of-life decision-makings.

Method. The present study is a descriptive-comparative cross-sectional study in which 114 nurses and 57 physicians working in intensive care units of selective teaching hospitals of Shiraz University of Medical Sciences were recruited by convenience sampling method based on the inclusion criteria. The data collection instrument was a researcher-made questionnaire of futile care perception whose validity and reliability was assessed by experts, test-retest and Cronbach's Alpha methods. The Data were analyzed using descriptive and analytical statistics in SPSS software version 16.

Findings. The mean score of physicians' and nurses' perceptions of futile care was 77.29 ± 13.79 . The mean score of nurses' perception was 78.46 ± 14.4 , turned out to be higher than that of physicians (74.91 ± 12.3). The highest level of consistency between the two groups was related to the item "ineffective communication" and "disregarding the members in the decision-making process by the ICU attending physician". As for "stressfulness of futile medical care", nurses experienced higher stress levels and there was a statistically significant difference between the two groups in this regard.

Conclusion. The agreement on the most important factors affecting the perception of futility indicates consistency between physicians' and nurses' perceptions of futile care. The high perception scores in both groups, and the stressful nature of futile medical care require necessary training mechanisms needed to deal with such situations.

Keywords: Futile care, Nurse, Physician, Intensive care unit

1 Master of Science in Critical Care Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran/ Critical Care Nurse, Shaheed Faghihi Hospital, Shiraz University of Medical Sciences Shiraz, Iran

2 Associate Professor, Department of Medical-Surgical Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3 Assistant Professor, Department of Critical care Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (*corresponding author) email: mzakerimo.@Tums.ac.ir