

Causes of Futile Care in End of life Patients in Intensive Care Units from the Viewpoints of Nurses

Yekefallah L¹, Ashktorab T*², Manoochehri H², Alavi Majd H³

1. Department of Critical Care Nursing, School of Nursing and Midwifery, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

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

3. Department of Biostatistics, Faculty of Paramedicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

*Corresponding author. Tel: +982183223726, E-mail: taherehashk@gmail.com

Received: Jan 20, 2018 Accepted: May 3, 2018

ABSTRACT

Background & aim: Futile care is defined as the medical care with therapeutic effects that is futile and useless for the patient. Nurses play a key role in futile care or its prevention. We aimed to identify the reasons for providing the futile care at the end of life patients from the viewpoints of nurses working in intensive care units.

Methods: This study was a descriptive research including 210 nurses working in intensive care units of private, governmental, and educational hospitals in Qazvin province, 2014. All nurses were studied by census method. Data were collected using a socio-demographic questionnaire and a valid and reliable 39-item questionnaire about reasons for providing futile care in ICU. Data analysis was done using SPSS 21 software.

Results: This study results showed that the most effective factor of providing futile care was lack of committee for deciding transfer of patients from ICU to home or general wards (4.58±0.61) and the rarest cause, was the tendency of nurses for perpetuating of patient forcibly drug (3.06±1.4).

Conclusion: According to the results of this study, the lack of a committee to decide on the transfer of end of life patients to the home or general wards was the most common cause of futile care in ICUs. Therefore, the formation of ethical committees with the presence of medical ethics specialists in health centers can have a significant role in reducing futile care.

Keywords: Futile Care, End of Life, Nurse, Intensive Care Unit

علل مراقبت‌های بیهوده در بیماران انتهای حیات بستری در بخش‌های مراقبت ویژه از دیدگاه پرستاران

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

۱. گروه مراقبت‌های ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

۲. گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۳. گروه آمارحیاتی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۲۱۸۳۲۳۳۷۲۶۸ ایمیل: taherehashk@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: مراقبت با اثرات درمانی اما بدون فایده برای بیمار، مراقبت بیهوده نامیده می‌شود. پرستاران، نقش کلیدی در انجام و قطع مراقبت‌های بیهوده دارند. این مطالعه با هدف تعیین علل مراقبت‌های بیهوده در بیماران انتهای حیات بستری در بخش‌های مراقبت ویژه از دیدگاه پرستاران صورت گرفت.

روش کار: این مطالعه از نوع توصیفی بود که با مشارکت ۲۱۰ نفر از پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های استان قزوین در سال ۱۳۹۳ انجام شد. داده‌ها با استفاده از فرم اطلاعات فردی- اجتماعی و پرسشنامه ارزیابی مراقبت بیهوده یکه فلاح جمع‌آوری شدند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-21 انجام گردید.

یافته‌ها: بر اساس یافته‌ها، عدم وجود کمیته ای جهت تصمیم‌گیری در مورد انتقال بیماران در حال مرگ به منزل یا بخش، شایعترین علت ($58 \pm 0/61$) و زنده نگه داشتن بیمار با دارو به دلیل عدم تمایل به پذیرش بیمار جدید در طول شیفت، کمترین علت ($3/06 \pm 1/4$) انجام مراقبت بیهوده در بخش‌های ویژه گزارش شدند.

نتیجه‌گیری: براساس نتایج این پژوهش، عدم وجود کمیته ای جهت تصمیم‌گیری در مورد انتقال بیماران در حال مرگ به منزل یا بخش، شایعترین عامل موثر در انجام مراقبت‌های بیهوده در آی سی یو می‌باشد. بنابراین تشکیل کمیته‌های اخلاق با حضور متخصصان اخلاق پزشکی در مراکز درمانی می‌تواند نقش به‌سزایی در کاهش مراقبت‌های بیهوده داشته باشد.

واژه‌های کلیدی: مراقبت بیهوده، انتهای حیات، پرستار، بخش مراقبت ویژه

پذیرش: ۹۷/۲/۱۳

دریافت: ۹۶/۱۰/۳۰

مقدمه

مراقبت در واقع اصل و جوهره پرستاری بوده و نظریه پردازان پرستاری به کرات مفهوم سلامت را با مراقبت، مرتبط دانسته‌اند (۱). مراقبت، به معنای ارائه خدمات پرستاری به شکل معنوی، جسمی و روانی به مددجو و خانواده وی می‌باشد (۲). نتیجه مراقبت باید بیمار را به آینده و پیشرفت بهبودی امیدوار کند (۳). در شرایط کنونی، توانایی پرستاران در امر مراقبت در محیط‌های بالینی مورد قبول نیست (۴) و علیرغم افزایش تجهیزات پیچیده در

مراکز درمانی به خصوص در بخش‌های مراقبت ویژه که باعث افزایش طول عمر افراد گردیده، شواهدی مبنی بر ارتقای کیفیت زندگی مشاهده نمی‌شود (۵). در آمریکا حداقل یک نفر از هر ۵ بیمار بستری در بخش‌های مراقبت ویژه فوت می‌کنند (۶) که نزدیک به نیمی از آنها در آی‌سی‌یو^۱ (ICU) بستری بوده و مراقبت بیهوده دریافت می‌نمایند (۷). منظور از مراقبت بیهوده^۲، مراقبتی است که با هدف

¹ Intensive Care Unit

² Futile care

در مراکز درمانی می‌باشند. سیبالد^۴ و همکاران در مطالعه خود، دلایل اینگونه مراقبت‌ها را از دیدگاه پرستاران، احساس مسئولیت در قبال آسایش بیمار، تمایل به نجات بیمار از رنج و عذاب، احساس ناامیدی به علت عدم پاسخگویی پزشک در قبال زجر بیمار و نگرانی درباره استفاده بیش از اندازه از اقدامات تهاجمی در اواخر عمر گزارش کردند (۱۴). مطالعه کروکاوکوا^۵ نیز نشان داد که اصرار خانواده عامل انجام ۶۲ درصد از مراقبت‌های بیهوده بوده و در ۳۷ درصد موارد، پزشکان علت انجام این مراقبت‌ها می‌باشند (۱۵). به نظر می‌رسد نبود دستورالعمل مشخص برای عملکرد پرستاران در شرایط مراقبت‌های بیهوده از جمله مشکلات اساسی پرستاران در انجام این گونه مراقبت‌ها می‌باشد (۹). در ایران نیز انجام مراقبت‌های بیهوده یکی از چالش‌های مراقبتی پرستاران بخش‌های ویژه می‌باشد (۱۶). برای ریشه یابی این چالش‌ها، شناسایی علل انجام مراقبت‌های بیهوده، نخستین گام مهم در ارائه راهکارها برای کاهش مراقبت‌های بیهوده و ارتقاء کیفیت مراقبت‌های پرستاری در این بخش‌ها می‌باشد. با توجه به اینکه پرستاران در مقایسه با سایر افراد تیم درمان، تعامل بیشتری با بیماران بخش‌های ویژه دارند و مداخلات آنها در کیفیت زندگی بیماران تاثیرگذار می‌باشد (۱۱)، همچنین از آنجایی که تحقیقات اندکی در این زمینه در ایران انجام شده است لذا، مطالعه حاضر با هدف تعیین علل مراقبت‌های بیهوده در بیماران انتهای حیات بستری در بخش‌های مراقبت ویژه استان قزوین انجام گرفت.

روش کار

مطالعه حاضر از نوع توصیفی بود که در سال ۱۳۹۳ روی تمام ۲۱۰ پرستار شاغل در بخش‌های آی‌سی‌یو

درمانی انجام می‌شود اما فایده و سودی برای بیمار ندارد (۸). یک اقدام یا مداخله درمانی زمانی می‌تواند بیهوده باشد که اهداف آن قابل دستیابی نبوده یا درجه موفقیت آن عملاً غیرممکن باشد. به عبارت دیگر مراقبت بیهوده به درمان‌های تهاجمی یا مداخلاتی نظیر احیا در بیماران مراحل انتهایی، که احتمال پیامد موفق یا بقای بیمار، بسیار نادر است گفته می‌شود (۹). هوین^۱ و همکاران در بررسی مراقبت‌های بیهوده در ICU، اذعان داشتند که ۸۵ درصد از بیماران فوت شده طی ۶ ماه گذشته در ICU، مراقبت‌های بیهوده دریافت کرده اند (۱۰). پالدا^۲ و همکاران نیز در مطالعه خود به این نتیجه رسید که ۸۷ درصد پزشکان و ۹۵ درصد پرستاران کانادا معتقد بودند که حداقل یک بار در سال مراقبت بیهوده انجام داده اند (۱۱). میلی^۳ و همکاران نیز اظهار داشتند که ۸۹-۶۶ درصد از پرستاران بخش‌های ویژه با مراقبت‌های بیهوده مواجه هستند (۹). انجام مراقبت‌های بیهوده برای پرستار، کار سختی است زیرا علیرغم دانستن بیهوده بودن یک اقدام، مجبور به انجام آن بوده و این مساله باعث ایجاد تعارضات اخلاقی و در نتیجه عدم تمایل به کار در بخش مراقبت ویژه می‌شود (۱۲). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که انجام مراقبت‌های بیهوده در آی‌سی‌یو روی مراقبت سایر بیماران این بخش و روابط پرستار با بیماران و سایرین اثر می‌گذارد و می‌تواند کیفیت و کمیت مراقبت‌های پرستاری را تحت تأثیر قرار دهد (۹،۱۳). عوامل مختلفی در انجام مراقبت‌های بیهوده دخیل هستند که از جمله می‌توان به عوامل اجتماعی، حرفه ای، سازمانی و فردی اشاره کرد. همچنین مسائل عاطفی نظیر احساس گناه، غم، ترس از پیگردهای قانونی و نگرانی درباره واکنش خانواده بیمار از دیگر دلایل انجام مراقبت‌های بیهوده

¹ Huynh

² Palda

³ Mobley

⁴ Sibbald

⁵ Krokavcova

بخش‌های آی‌سی‌یوی مراکز یادشده مراجعه کرد و قبل از ارائه پرسشنامه‌ها، اهداف مطالعه را به تمام شرکت کنندگان توضیح داد و رضایت آگاهانه از آنها جهت شرکت داوطلبانه در پژوهش اخذ گردید. همچنین به افراد در خصوص محرمانه بودن کلیه مطالب مطرح شده از سوی آنان اطمینان داده شد. سپس پرسشنامه‌ها بین پرستاران توزیع و طبق تمایل آنها در همان روز یا زمان دیگر از آنها تحویل گرفته شد. پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، اطلاعات آنها وارد نرم افزار SPSS-21 گردید و تجزیه و تحلیل‌ها داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی (فراوانی، میانگین و انحراف معیار) انجام شد.

یافته‌ها

بر اساس نتایج، حداقل سن پرستاران ۲۲ و حداکثر ۵۰ و میانگین سنی آنها $32/46 \pm 5/621$ سال بود. ۷۸/۲ درصد از شرکت کنندگان را زنان تشکیل می‌دادند. میانگین سابقه کار در بخش‌های ویژه، $5/47 \pm 4/25$ سال بود. بیش از نیمی از پرستاران شرکت کننده در مطالعه، سابقه کار زیر ۳ سال در بخش ICU را گزارش کردند (جدول ۱).

خصوصی، دولتی و دانشگاهی استان قزوین شامل شهرهای تاکستان، آبیک، بوبین زهرا و شهر صنعتی البرز با یک بیمارستان و شهر قزوین با ۸ بیمارستان انجام شد. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از فرم مشخصات فردی- اجتماعی با ۱۸ سوال و پرسشنامه ارزیابی علل مراقبت‌های بیهوده با ۳۹ سوال انجام گرفت. پرسشنامه ارزیابی علل مراقبت‌های بیهوده توسط یکه فلاح و همکاران در ۵ بعد صلاحیت حرفه‌ای (۱۴ گویه، با امتیازی بین ۱۴ تا ۷۰)، خط مشی سازمانی (۹ گویه، امتیاز ۹-۴۵)، عوامل اجتماعی- فرهنگی (۷ گویه، امتیاز ۷-۳۵)، باورها و ارزش‌های فردی (۴ گویه، امتیاز ۱۶-۴) و مسائل قانونی (۵ گویه، با امتیازی بین ۵ تا ۲۵) ساخته شده و به صورت لیکرت ۵ درجه ای کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم تنظیم گردیده است. محدوده نمرات بین ۳۹ تا ۱۹۵ می‌باشد که کسب نمره بالاتر نشان دهنده وجود علل متعدد برای انجام مراقبت بیهوده می‌باشد. پایایی ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ $0/91$ برای کل ابزار و $0/77$ تا $0/87$ برای ابعاد آن به تأیید رسیده است (۱۷). نحوه انجام کار به این صورت بود که محقق در شیفت‌های مختلف به

جدول ۱. مشخصات فردی- اجتماعی پرستاران شرکت کننده در پژوهش

متغیر	تعداد (درصد)	متغیر	تعداد (درصد)
جنس	مرد	نوع شیفت	ثابت
	۴۲ (۲۱/۸)		۲۳ (۸)
	زن		چرخشی
	۱۵۱ (۷۸/۲)		۱۸۷ (۸۹)
وضعیت تاهل	مجرد	سابقه سرپرستاری	دارد
	۶۲ (۳۰)		۱۱۵ (۵۴/۳)
	متاهل		ندارد
	۱۴۰ (۶۹/۳)		۹۶ (۴۵/۷)
مدرک تحصیلی	کارشناسی	سابقه سوپروایزری	دارد
	۱۹۵ (۹۶/۵)		۸۴ (۴۰)
	کارشناسی ارشد		ندارد
	۶ (۳)		۱۲۶ (۶۰)
	دکترا		عمومی
	۱ (۰/۵)		۱۲۰ (۱۰۰)
	طرحی	نوع ICU	داخلی
	۶ (۳)		جراحی قلب
	قراردادی		جراحی
	۵۶ (۲۸/۳)		تروما
وضعیت استخدام	پیمانی		۱۹ (۱۰۰)
	رسمی		۱۶ (۱۰۰)
	شرکتی		۲ (۱)
	۶۸ (۳۴/۳)		میانگین
	۳۲/۴۶ ± ۵/۶۲۱		۴/۷ ± ۳/۷۹
سن	میانگین	سابقه کار در ICU	میانگین
سابقه کار	میانگین	ساعت اضافه کاری	میانگین
	۹/۵ ± ۱/۲		۸۵/۵ ± ۳۸/۲

حال مرگ، به عنوان شایع ترین علل انجام مراقبت های بیهوده محسوب شدند. نادرترین دلایل انجام مراقبت بیهوده در آی سی یو مربوط به ابعاد صلاحیت حرفه ای و باورها و ارزش های فردی پرستاران بود. زنده نگهداشتن بیمار با دارو به دلیل عدم تمایل به پذیرش بیمار جدید در طول شیفت، انجام برخی مراقبت های بیهوده از روی محافظه کاری به دلیل بی اعتمادی پرستاران به یکدیگر و تجارب مثبت پرستار در خصوص بهبودی بیماران در حال مرگ از علل کمتر شایع انجام مراقبت بیهوده بودند (جدول ۲).

در خصوص علل انجام مراقبت بیهوده، نتایج نشان داد که شایع ترین علل، مربوط به ابعاد خط مشی سازمانی، عوامل اجتماعی- فرهنگی و مسایل قانونی بود. در بعد خط مشی سازمانی، شایع ترین دلیل انجام مراقبت های بیهوده، نبود کمیته ای جهت تصمیم گیری در مورد انتقال بیماران در حال مرگ به منزل یا بخش بود و در ابعاد عوامل اجتماعی- فرهنگی و مسائل قانونی، به ترتیب عدم حمایت سازمان های خیریه نظیر بهزیستی جهت تهیه تجهیزات مراقبتی برای انتقال بیماران به منزل و نبود قوانین کشوری یا وحدت رویه در خصوص بستری و درمان بیماران در

جدول ۲. شایع ترین و نادرترین علل انجام مراقبت های بیهوده در بخش های مراقبت ویژه بر حسب ابعاد آن

ابعاد	گویه ها	میانگین \pm انحراف معیار
	نبود کمیته ای جهت تصمیم گیری در مورد انتقال بیماران در حال مرگ به منزل یا بخش	۴/۵۸ \pm ۰/۶۱
خط مشی سازمانی	نبود Post ICU در برخی بیمارستان ها	۴/۴۶ \pm ۰/۶۷
	بستری غیر ضروری و طولانی مدت در ICU	۴/۲۸ \pm ۰/۹۴
	عدم حمایت مددکاری یا سازمان های خیریه نظیر بهزیستی	۴/۴۹ \pm ۰/۷۷
عوامل اجتماعی- فرهنگی	عدم حمایت سازمان های بیمه برای خدمات پرستاری در منزل	۴/۴۶ \pm ۰/۶۷
	نبود مؤسسات ارائه دهنده خدمات تخصصی پرستاری ICU در سطح شهر	۴/۳۵ \pm ۰/۷۹
	نبود قوانین کشوری یا وحدت رویه در خصوص بستری و درمان بیماران در حال مرگ	۴/۴۴ \pm ۰/۷۲
مسائل قانونی	ثبت دستورات بیهوده به دلیل ترس از مسائل پزشکی قانونی	۴/۳۶ \pm ۰/۸۰
	ثبت برخی دستورات صرفا به دلیل الزام به پاسخگویی در کمیته ها	۴/۳۴ \pm ۰/۸۴
نادرترین علل		
	زنده نگه داشتن بیمار با دارو به دلیل عدم تمایل به پذیرش بیمار جدید در طول شیفت	۳/۰۶ \pm ۱/۰۴
صلاحیت حرفه ای	انجام برخی مراقبت های بیهوده از روی محافظه کاری به دلیل بی اعتمادی پرستاران به یکدیگر	۳/۳۹ \pm ۱/۱۹
	خطاهای مراقبتی پرستاران و آسیب های جبران ناپذیر متعاقب آن	۳/۵۵ \pm ۱/۰۸
باورها و ارزش های فردی پرستاران	تجارب مثبت پرستار در خصوص بهبودی بیماران در حال مرگ	۳/۳۵ \pm ۱/۲۵

از ICU و در آی سی یو جراحی قلب، تجارب مثبت پرستار در خصوص بهبودی بیماران در حال مرگ به عنوان شایع ترین علل انجام مراقبت بیهوده گزارش شدند. همچنین در بیمارستان های خیریه و تامین اجتماعی شایع ترین دلایل انجام مراقبت بیهوده در آی سی یو، به ترتیب شامل اعتقادات مذهبی و ترس از مجازات خدا و نبود کمیته ای جهت تصمیم گیری در

در مورد علل انجام مراقبت بیهوده بر اساس نوع آی سی یو نتایج نشان داد که شایع ترین دلیل انجام مراقبت بیهوده در آی سی یو داخلی، بی توجهی به خواست بیمار یا خانواده در مورد عدم انجام CPR و در آی سی یو جراحی، آموزش ناکافی و عدم ایجاد آمادگی در خانواده جهت ادامه مراقبت ها در منزل بود. در آی سی یو تروما، نادیده گرفتن نظرات سرپرستار و مدیران پرستاری در روند انتقال بیماران

مورد انتقال بیماران در حال مرگ از ICU به منزل یا بخش بود (جدول ۳).

جدول ۳. شایع‌ترین دلایل انجام مراقبت‌های بهبودی برحسب نوع ICU

رتبه میانگین	دلایل	نوع ICU
۱۱۰/۹۸	نبود کمیته ای جهت تصمیم گیری در مورد انتقال بیماران در حال مرگ از ICU به منزل یا بخش	عمومی
۱۱۰/۱۶	درج نکردن دستور No code در پرونده و الزام به انجام CPR بهبودی	
۱۰۷/۷۷	عدم اولویت بندی جهت بستری بیماران در بخش ICU	
۱۳۰/۳۶	بی توجهی به خواست بیمار یا خانواده در مورد عدم انجام CPR	داخلی
۱۲۴/۵۵	نادیده گرفتن نظرات سرپرستار و مدیران پرستاری در روند انتقال بیماران از ICU	
۱۱۹/۷۰	عدم فرهنگ سازی برای ترغیب خانواده به دادن رضایت جهت پیوند اعضا	
۹۶/۶۳	تجارب مثبت پرستار درخصوص بهبودی بیماران در حال مرگ	جراحی قلب
۸۲/۶۷	نادیده گرفتن نظرات سرپرستار و مدیران پرستاری در روند انتقال بیماران از ICU	
۷۷/۹۶	آموزش ناکافی و عدم ایجاد آمادگی در خانواده جهت ادامه مراقبت‌ها در منزل	
۱۴۸/۳۲	آموزش ناکافی و عدم ایجاد آمادگی در خانواده جهت ادامه مراقبت‌ها در منزل	جراحی
۱۳۷/۱۰	انتظارات غیرمنطقی خانواده در خصوص بهبودی کامل بیمار	
۱۳۵/۰۴	فقر مالی خانواده بیمار جهت تهیه امکانات برای ادامه مراقبت‌ها در منزل	
۱۳۵/۵۶	نادیده گرفتن نظرات سرپرستار و مدیران پرستاری در روند انتقال بیماران از ICU	تروما
۱۳۵/۲۶	متعهد بودن به انجام وظایف حرفه ای	
۱۳۰/۱۸	انجام روش‌های تهاجمی بی فایده توسط پزشکان جهت جلب رضایت خانواده و افزایش اعتبار حرفه ای خود	

بحث

نتایج این پژوهش نشان داد که شایع‌ترین دلایل انجام مراقبت‌های بهبودی در آی‌سی‌یو، مربوط به ابعاد خط مشی سازمانی، عوامل اجتماعی- فرهنگی و مسائل قانونی و نادرترین دلایل مربوط به ابعاد صلاحیت حرفه ای و باورها و ارزش‌های فردی پرستاران بودند.

در بعد خط مشی سازمانی، نبود کمیته ای جهت تصمیم گیری در مورد انتقال بیماران در حال مرگ به منزل یا بخش به عنوان شایع‌ترین دلیل انجام مراقبت بهبودی مطرح گردید. جاکس^۱ و همکاران نیز معتقدند که نبود دستورالعمل مشخص برای عملکرد پرستاران در شرایط مراقبت‌های بهبودی از جمله مشکلات اساسی پرستاران در انجام چنین مراقبت‌هایی است (۱۸).

شایع‌ترین دلیل انجام مراقبت بهبودی در بعد عوامل اجتماعی- فرهنگی از دیدگاه پرستاران، عدم حمایت

مددکاری یا سازمان‌های خیریه نظیر بهزیستی گزارش شد. به نظر می‌رسد ارتقاء عملکردهای سیستم درمانی در زمینه مراقبت‌های بهبودی نیازمند تنظیم زیرساخت‌های اجتماعی است، زیرا ارتقاء کیفیت مراقبت‌ها بدون ایجاد و حمایت بسترهای مختلف فرهنگی، تحقق نمی‌یابد. ایجاد آگاهی‌های عمومی در خصوص مشکلات ناشی از انجام مراقبت‌های بهبودی به ویژه برای خانواده بیماران بستری در بخش‌های ویژه ضروری می‌باشد که بالطبع سازمان‌های خیریه و بهزیستی می‌توانند در کنار تیم درمانی در این زمینه، فعالیت داشته باشند. بر اساس نتایج مطالعه، شایع‌ترین دلیل انجام مراقبت بهبودی در بعد مسایل قانونی، عدم وجود قوانین کشوری یا وحدت رویه در خصوص بستری و درمان بیماران در حال مرگ بود. همچنین بی توجهی به خواست بیمار یا خانواده در مورد عدم انجام CPR، یکی از دلایل شایع در انجام مراقبت‌های بهبودی بود.

¹ Jox

نگه داشتن خانواده بیمار و ترس از طرح دعوی در دادگاه یا دادخواهی بیمار می‌باشد (۲۲،۲۳). هانس^۵ و همکاران معتقدند که پرستاران معمولاً دوره‌های پیشرفته CPR و پروتکل‌ها و الگوریتم‌ها و پروسیجرهای متعدد در درمان بیمار را آموزش دیده‌اند اما الگوریتم‌ها و پروتکل‌ها و پروسیجرهای کمی برای راهنمایی بیماران و خانواده بیماران در پایان عمر دارند. مراقبت از بیماران در حال مرگ و خانواده آنها بدون آموزش کافی و بدون ایجاد محیط بالینی مناسب امکان پذیر نمی‌باشد. پرستاران ICU نه تنها در مورد مراقبت‌های تسکینی آگاهی ندارند بلکه در مورد درمان‌های علامتی و فرآیند قطع مداخلات درمانی نیز فاقد دانش و آگاهی‌اند. همچنین در مورد نحوه حمایت و برقراری ارتباط با بیمار و خانواده بیمار و تأثیر فرهنگ در مراقبت از بیماران در حال مرگ و خانواده و رفع نیازهای معنوی بیماران و خانواده‌های آنها آگاهی ندارند (۲۴).

باورها و ارزش‌های فردی پرستاران از نادرترین علل انجام مراقبت‌های بیهوده بود. برخی از پرستاران عقاید شخصی و فرهنگی خود را انگیزه ای جهت انجام مراقبت‌های بیهوده دانسته و عدم انجام مراقبت‌های بیهوده را کمک به قتل و کوتاهی در حق بیمار تلقی می‌کردند. در حالی که مراجع تقلید کشورمان از جمله آیت ا... لنکرانی و آیت ا... خامنه ای معتقدند: اگر درمان کاملاً بیهوده باشد و عرفاً حیات بیمار را طولانی نکند، الزامی به ادامه درمان نیست (۲۵،۲۶). از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به احتمال عدم صداقت پرستاران در پاسخ دهی به دلایل انجام مراقبت بیهوده اشاره کرد که پژوهشگر با اطمینان دادن به پرستاران در مورد محرمانه ماندن پاسخ‌ها، سعی نمود این محدودیت را تحت کنترل درآورد.

سانتونسیتو^۱ و همکاران معتقدند علیرغم تمایل تیم درمان به CPR وقتی بیمار تقاضای عدم CPR می‌کند باید به درخواست بیمار و استقلال وی توجه گردد و اجازه داده شود که بیمار با احترام فوت کند. در حال حاضر یک چالش واقعی بین بیمار و خانواده با پزشکان، پرستاران و جامعه در همین زمینه وجود دارد (۱۹). تضاد در خصوص موقعیت‌های نیازمند احیا، یکی از شایع‌ترین موارد در بالین می‌باشد (۲۰). یکی دیگر از دلایل انجام مراقبت بیهوده ثبت دستورات بیهوده به دلیل ترس از مسائل پزشکی قانونی بود. مدیریت ناصحیح تخت‌های آی‌سی‌یو توسط پزشکان و صدور دستورات بیهوده به علت رفع مسئولیت و عواقب قانونی منجر به افزایش میزان مراقبت‌های بیهوده در بخش‌های ویژه می‌گردد. نتایج پژوهش کورت‌تریت^۲ و همکاران نشان داد که اگرچه ترس از دعاوی قضایی دلیل ادامه CPR علیرغم اعتقاد به بیهوده بودن آن می‌باشد، اما تاکنون هیچ پیگیری قضایی در خصوص عدم انجام CPR بیهوده صورت نگرفته است (۲۱).

در بعد صلاحیت حرفه ای، عدم رعایت اصول اخلاقی توسط پزشکان در برخورد با خانواده بیماران و نگفتن واقعیت و اخذ رضایت اجباری برای انجام پروسیجرهای متعدد از جمله علل مهم افزایش مراقبت‌های بیهوده در واحد آی‌سی‌یو مطرح گردید. دادن امید واهی به خانواده از سوی پزشک و مخالفت پزشکان در انتقال واقعیت‌ها منجر به کاهش میزان انتقال بیماران به منزل و افزایش طول مدت بستری آنها در آی‌سی‌یو می‌شود. براساس نتایج پژوهش‌های هولاندر^۳ و همکاران، و ورگانو^۴ و همکاران دلایل بی‌میلی پزشکان به قطع مراقبت بیهوده، نامشخص بودن خط مشی‌های بیمارستان، محکومیت‌های مذهبی یا فرهنگی، تمایل به خوشحال

¹ Santonocito

² Courteright

³ Hollander

⁴ Vergano

⁵ Hansen

نتیجه گیری

براساس نتایج این پژوهش، شایع‌ترین دلیل انجام مراقبت بیهوده مربوط به خط مشی سازمانی و عدم وجود کمیته‌ای جهت تصمیم‌گیری در مورد انتقال بیماران در حال مرگ به منزل یا بخش بود. با توجه به عدم وجود دستورالعمل‌های روشن برای تعیین حدود و مصادیق مراقبت بیهوده در ایران، تدوین خط‌مشی‌های مشخص برای تصمیم‌گیری در مراقبت‌های بیهوده به ویژه در مواردی نظیر مراقبت‌های پایان حیات، ضروری به نظر می‌رسد. همچنین پیشنهاد می‌شود کمیته‌های اخلاق با حضور متخصصین اخلاق پزشکی در مراکز درمان فعال شده و پرستاران و سایر اعضای تیم درمان را مورد حمایت و راهنمایی در شرایط مراقبت‌های بیهوده قرار دهند.

به علاوه از آنجائی که ارتقاء کیفیت مراقبت‌ها بدون حمایت و بسترهای مختلف فرهنگی و قانونی تحقق نمی‌یابد لذا ایجاد آگاهی در جامعه به ویژه برای خانواده بیماران بستری در بخش‌های ویژه در خصوص مشکلات ناشی از انجام مراقبت‌های بیهوده نیز ضروری می‌باشد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه بخشی از رساله دکترای رشته پرستاری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی با کد ۷۸۰ می‌باشد. پژوهشگران از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی شعبه بین‌الملل و پرستاران شرکت کننده در مطالعه تشکر و قدردانی می‌نمایند.

References

- 1- Bailey CF. Nursing redefined: emergent insights from studying the art and science of nursing in Germany and Switzerland. *Journal of Nursing Theory*. 2005;14(2):23-26.
- 2- Taylor C, Lillis C, Lynn P. *Fundamentals of nursing: the art and science of nursing care*. 8th edition. Lippincott Williams & Wilki; 2014.
- 3- Potter PA, Perry AG, Stockert P. *Basic nursing essentials for practice*. 8th edition. Mosby; 2014.
- 4- Miyawaki M. Reconsidering the value of caring in nursing practice. *Journal of Philosophy and Ethics in Healthcare and Medicine*. 2010;4:5-17.
- 5- Heland M. Fruitful or futile: intensive care nurses experiences and perceptions of medical futility. *Australian Critical Care*. 2006;19(1):25-31.
- 6- Espinosa L, Young A, Symes L, Haile B, Walsh T. ICU nurses experiences in providing terminal care. *Critical Care Nursing Quarterly*. 2010;33(3):273-81.
- 7- Niderman B. The delivery of futile care is harmful to other patients. *Critical Care Medicine*. 2010;38(10):s18-22.
- 8- Gabbay E, Calvo-Broce J, Meyer KB, Trikalinos TA, Cohen Joshua K, David M. The empirical basis for determinations of medical futility. *Journal of General Internal Medicine*. 2010;25(10):1083-89
- 9- Mobley M, Rady M, Verheijde J, Patel B, Larson J. The relationship between moral distress and perception of futile care in critical care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2007;23:256-63.
- 10- Huynh TN, Keleerup EC, Wiley JF. The frequency and cost of treatment perceived to be futile in critical care. *JAMA Internal Medicine*. 2013;173:1887-894.
- 11- Palda VA, Bowman KW, McLean RF, Chapman MG. "Futile" care: do we provide it? Why? A semistructured, Canada-wide survey of intensive care unit doctors and nurses. *Journal of Critical Care*. 2005;20(3):207-13.
- 12- Meltzer S, Huckabay M. Critical care nurses perceptions of futile care and its effect on burnout. *American Journal of Critical Care*. 2004;13(3):202-208.
- 13- Neuberg Gerald W. The cost of end of life care: a new efficiency measure falls short of AHA/ACC Standards. *Circulation Cardiovascular Quality Outcomes*. 2009;2:127-33.
- 14- Sibbald R, Downar J, Hawryluck L. Perceptions of futile care among caregivers in intensive care units. *Canadian Medical Association Journal*. 2007;177(10):1201-208.

- 15- Krokavcova M, Van Dijk J, Nagyova I, Rosenberger J, Gavelova M, Middel B, et al. Social support as a predictor of perceived health status in patients with multiple sclerosis. *Patient Education Counseling*. 2008;73(1):159-65.
- 16- Yekefallah L, Ashktorab T, Manoochehri H, Alavi majd H. Nurses' experiences of futile care at intensive care units: a phenomenological study. *Global Journal of Health Science*. 2015;7(4):235-42.
- 17- Yekefallah L. Experience of ICU nurses from futile care: development of scale for assessment of futile care and associated factors in intensive care units and measurement of its psychometrics characteristics. Ph.D Dissertation. Shahid Beheshti University of Medical Sciences; 2015.
- 18- Jox R, Schaider A, Marckmann G, Borasio GD. Medical futility at the end of life: the perspective of intensive care and palliative care clinicians. *Journal of Medical Ethics*. 2012;38:540-45.
- 19- Santonocito C, Ristagno G, Gullo A, Weil HM. Do – not – resuscitation order: a view throughout the world. *Journal of Critical Care*. 2013;28:14-21.
- 20- Mcmillen RE. End of life decisions: nurses perceptions, feelings and experiences. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2007;24(4):251-59.
- 21- Courtright AM, Brackett SH, Cadge W, Krakauer EL, Robinson EM. Experience with a hospital policy on not offering cardiopulmonary resuscitation when believed more harmful than beneficial. *Journal of Critical Care*. 2015;30:173-77.
- 22- Hollander DD. Medical futility and the burns patient. *Burns*. 2013;39:851-55.
- 23- Vergano M, Gristina GR. Futility in medicine. *Trends in Anaesthesia and Critical Care*. 2014;4:167-69.
- 24- Hansen L, Goodell TT, Dehaven J, Smith MD. Nurses perception of end of life care after multiple interventions for impvement. *American Journal of Critical Care*. 2009;18(3):263–71.
- 25- Khamenei A. *Medical Ijtihad in the Mirror*. First Edition. Qom: Publications of Ansarian; 1996 [Persian].
- 26- Lankarani MF. *Comprehensive Catechism*. 11th edition. Qom: Publications of Amir Ghalam; 1996 [Persian].