

مراقبت بیهوده: چرا پرستاران بخشهای ای سی یو آن را انجام می دهند؟ یک مطالعه پدیدارشناسی

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

^۱ دانشجوی دکتری تخصصی پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی شعبه بین الملل، تهران، و عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، ایران
^۲ دکترای پرستاری، دانشیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
^۳ استادیار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
^۴ دانشیار، گروه آماریاتی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
■ نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر طاهره اشک تراب t_ashktorab@sbmu.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف: مراقبت بیهوده به دلایل مختلف توسط پرستاران بخشهای ویژه انجام می شود. این مطالعه به منظور تبیین تجارب پرستاران بخشهای مراقبت ویژه از دلایل انجام مراقبت های بیهوده انجام شد.
روش: این مطالعه کیفی از نوع پدیدارشناسی تفسیری بود و در راستای درک تجارب پرستاران بخش های ای سی یو در رابطه با دلایل انجام مراقبت های بیهوده انجام شد. در این مطالعه ۲۵ پرستار شاغل در ای سی یو به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند. از مصاحبه های فردی و مشاهده جهت جمع آوری داده ها استفاده شد. کلیه مصاحبه ها ضبط و سپس کدها و درون مایه ها با استفاده از روش تحلیل ون مانن استخراج گردید.
یافته ها: در ابتدا ۴۱۱ کد استخراج شد در نهایت ۳ درون مایه، ۱۴ طبقه و ۲۵ زیر طبقه حاصل شد. درون مایه ها شامل: «باورها و ارزشهای فردی»، «خط مشی سازمانی» و «عوامل فرهنگی - اجتماعی» بودند.
نتیجه گیری: یافته های این پژوهش نشان داد که عوامل مربوط به باور و ارزش های فردی پرستاران و سبک مدیریت پرستاری در سطوح مختلف نقش بسیار گسترده ای در افزایش میزان مراقبتهای بیهوده دارد، بدین منظور لازم است آموزش های لازم برای شناخت عوامل افزایش دهنده مراقبت های بیهوده و ارتقاء توانمندی ها جهت کاهش مراقبت های بیهوده برای تمامی مسئولان سازمان طراحی گردد.

کلمات کلیدی: مراقبت بیهوده، دلایل، پرستاران، مراقبتهای ویژه، پدیدارشناسی

مقدمه

این حقیقت نهفته است که بهبودی بیمار از بیماری بیشتر از علم، به مراقبت نیاز دارد (Miyawaki, 2010). یک اقدام یا مداخله درمانی زمانی می تواند بیهوده باشد که اهداف آن قابل دستیابی نباشند یا درجه موفقیت آن عملاً غیر ممکن باشد به عبارت دیگر مراقبت بیهوده به درمان های تهاجمی یا مداخلاتی

مراقبت دارای ابعاد زیستی - فیزیکی، روانی، فرهنگی، اجتماعی و محیطی می باشد که در جهت تامین مراقبت جامع نگر از بیمار، بایستی مورد مطالعه و بررسی قرار گیرند. عناصر مراقبت شامل حمایت احساسی، تأمین آرامش و راحتی و برقراری ارتباط مناسب می باشند (Pazargadi, et al., 2007). ارزش مراقبت در

بسیار بالاتر از سایر افراد تیم درمان است و اکثر مداخلات نشان روی کیفیت زندگی بیماران متمرکز است، به نظر می‌رسد به ویژه پرستاران باسابقه و پر تجربه بخش‌های مراقبت‌های ویژه، می‌توانند تأثیر اساسی روی اداره مراقبت‌های بیهوده داشته باشند (Palda, et al., 2005).

در ایران نیز ارائه مراقبت‌های بیهوده، پرستاران بخش‌های ویژه را با چالش‌های پیچیده‌ای مواجه نموده است. برای شناسایی و ریشه‌یابی این چالش‌ها بالطبع درک تجارب پرستاران بخش‌های ویژه از دلایل انجام مراقبت‌های بیهوده نخستین گام مهم در ارائه راهکارها به منظور کاهش مراقبت‌های بیهوده و ارتقاء کیفیت مراقبت‌های پرستاری در این بخش‌ها می‌باشد. همچنین از آنجایی که عوامل مرتبط با انجام مراقبت‌های بیهوده، به فرهنگ، ارزش‌ها، مذهب، عقاید و پیشرفت‌های پزشکی و شرایط عاطفی موجود در آن کشور بستگی دارد، علیرغم فراوانی و پیچیدگی دلایل انجام مراقبت‌های بیهوده در میان پرستاران بخش‌های ویژه، تحقیقات خیلی کمی در خصوص عوامل موثر در انجام مراقبت‌های بیهوده انجام شده است، پژوهشگر بر آن شد به تبیین دلایل انجام مراقبت‌های بیهوده در بخش‌های ای سی یو در میان پرستاران ایرانی بپردازد.

مواد و روش‌ها:

این مطالعه کیفی از نوع پدیدارشناسی تفسیری در راستای درک تجارب پرستاران بخش‌های ای سی یو از دلایل انجام مراقبت بیهوده انجام شد. جامعه آماری این پژوهش شامل پرستاران بخش‌های ویژه شاغل در ۱۱ بیمارستان آموزشی و وابسته به سازمان تامین اجتماعی، 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، حداقل یک سال سابقه کار در بخش ای سی یو و سالم بودن از لحاظ شنیداری و گفتاری بود. نمونه‌گیری تا زمان رسیدن به اشباع داده‌ها، ادامه یافت. جهت جمع‌آوری داده‌ها از روش مصاحبه نیمه ساختاریافته استفاده شد. در کنار مصاحبه‌ها، مشاهده ساختار نیافته نیز صورت گرفت. مواردی که در تأیید و یا نفی صحبت مشارکت‌کنندگان مشاهده شد، یادداشت شد. این مصاحبه‌ها از اردیبهشت تا آبان سال ۱۳۹۲ صورت گرفت. برای شروع مصاحبه و برای رسیدن به درکی جامع از پدیده مورد پژوهش، از هر یک از مشارکت‌کنندگان خواسته شد تا تجربه خویش را از دلایل انجام مراقبت‌های بیهوده بیان نمایند.

نظیر احیا در بیماران مراحل انتهایی، که احتمال برآیند موفق یا بقای بیمار، بسیار نادر است، گفته می‌شود.

فراوانی انجام مراقبت‌های بیهوده در حال افزایش می‌باشد، زیرا تکنیک‌های پیشرفته در پزشکی و تعداد افراد سالمند که در معرض مراقبت‌های تهاجمی قبل از مرگ قرار می‌گیرند، افزایش یافته است (Mobley, et al., 2007). ۸۷ درصد پزشکان و ۹۵ درصد پرستاران کانادا معتقدند حداقل یکبار در سال مراقبت‌های بیهوده را انجام می‌دهند. (Mobley, et al., 2007) اظهار می‌دارد ۶۶ - ۸۹ درصد پرستاران بخش‌های ویژه با مراقبت‌های بیهوده مواجه هستند. 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.

انجام مراقبت بیهوده برای پرستار بسیار مشکل است زیرا علیرغم علاقه‌ای که به بیمارانش دارد، می‌داند که این اقدام بیهوده است، مجبور است که پافشاری به انجام آن داشته باشد. به همین دلیل پرستاران دچار ناامیدی در انجام مراقبت‌های بیهوده و اقدامات دستور داده شده می‌شوند، و ممکن است عملاً به دلیل تضادهای اخلاقی‌شان پرستاری در بخش‌های مراقبت‌های ویژه را ترک کنند. براساس مطالعه‌ای در ایالت متحده، نیمی از شرکت‌کنندگان در مطالعه مطرح کرده بودند که تصمیم به قطع یا توقف اقدامات حمایتی از زندگی، به عنوان دومین چالش حرفه‌ای آنها محسوب می‌شود (Meltzer and Huckabay, 2004). در شرایطی که منابع محدود می‌باشد، به جای اینکه منابع صرف بیمارانی شود که بهترین نتایج مثبت را ممکن است بدهند، صرف بیمارانی می‌شود که صرف منابع برای آنها فایده‌ای ندارد. مثلاً در شرایطی که تخت‌ای سی یو در آن منطقه وجود ندارد، یک تخت در حال ارائه مراقبت بیهوده می‌باشد (Neuberg, 2009).

فاکتورهای مختلفی نظیر فاکتورهای اجتماعی، حرفه‌ای، سازمانی و فردی در انجام مراقبت‌های بیهوده دخیلند. عوامل فردی نظیر پیش‌آگاهی نامعلوم و این تصور که مرگ بیمار یعنی ضعف کار ما، فشارهای قانونی یا مسائل مالی باعث انجام مراقبت‌های بیهوده می‌شود (Sibbald, et al., 2007). انجام مراقبت‌های بیهوده بر روابط پرستار با بیماران و سایرین اثر می‌گذارد و می‌تواند کیفیت و کمیت مراقبت‌های پرستاری را تحت تأثیر قرار دهد (Mobley, et al., 2007). از آنجایی که پرستاران میزان تعامل و ارتباطشان با بیماران بخش‌های ویژه

مربوط به سالهایی می‌شود که به عنوان مدیر پرستاری در بیمارستان کار می‌کرده است. به هنگام راند بخشهای ویژه متوجه شده بود که برخی پرستاران انجام برخی مراقبت‌ها را کاملاً بی‌فایده می‌دانند و صرفاً به دلیل نظارت دقیق مقام مافوق و یک سری علل خاص، آن مراقبت‌ها را انجام می‌دهند. به نظر می‌رسید انجام این مراقبت‌ها اثرات خاصی روی کیفیت کار و برخورد ایشان می‌گذارد، لذا علاقمند شد تا در مورد دلایل انجام مراقبت بیهوده پژوهشی را انجام دهد.

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

در این مرحله پژوهشگر به مطالعه تجربه آنگونه که مورد زندگی قرار گرفته و نه آنگونه که آن را مورد مفهوم پردازی قرار می‌دهد، می‌پردازد. 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:

سه رویکرد کل نگر، انتخابی یا مارک‌دار کردن، جزئی‌نگر یا خط به خط، برای روشن کردن یا جدا کردن درون‌مایه‌های یک پدیده در متون معرفی می‌شود، که پژوهشگر در این مطالعه از رویکرد جزئی‌نگر و انتخابی برای جدا کردن جملات مضمونی استفاده نموده است، بدین ترتیب که ابتدا هر مصاحبه چند بار خوانده شد و پرسیده شد که: کدام عبارات یا جملات در توصیف پدیده یا تجربه مورد نظر ضروری است. سپس این عبارات مشخص شدند و زیر آن خط کشیده شد. سپس عباراتی مشابه با گفته‌های بیماران (توصیفی) یا تفسیر و معانی آنها (تفسیری) نوشته شدند؛ از ادغام و طبقه بندی 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 شرکت کنندگان را با آوردن نمونه‌هایی از نقل قول‌های آنان، متون پدیدارشناسی را تنظیم نموده است.

سؤال‌های بعدی با توجه به توصیف‌های آرایه شده توسط مشارکت‌کنندگان پرسیده شد. پرسش‌های زیر نمونه‌هایی از اینگونه سؤال‌ها می‌باشند.

- چه عواملی باعث انجام مراقبت بیهوده در پرستاری می‌شوند؟ توضیح دهید.
- بیشترین عوامل مؤثر در انجام اقدامات پرستاری بیهوده کدامند؟
- توجیه شما برای انجام مراقبت‌های بیهوده چیست؟

تعداد مشارکت‌کنندگان ۲۵ مورد و میانگین مدت زمان مصاحبه‌ها ۵۸ دقیقه و بین ۱ تا ۳ جلسه متفاوت بود. مکان انجام مصاحبه‌ها در محل کار پرستاران در بیمارستان‌ها بود. با وجودی که کلیه مصاحبه‌ها توسط یک پژوهشگر انجام شد، اما نقد و بررسی مصاحبه‌ها توسط کلیه پژوهشگران این مطالعه صورت گرفت. پس از انجام هر مصاحبه در کوتاهترین زمان ممکن پس از مصاحبه، اطلاعات ضبط شده، چند بار 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 گوش دادن 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. بدین منظور 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 دلایل انجام مراقبت بیهوده استفاده شد. روش تحلیل داده بر اساس فعالیت‌های پدیده‌شناسی (Van Manen, 2001) انجام شد. (Van Manen, 2001) شش فعالیت زیر را به عنوان رویکرد عملیاتی انجام پدیده‌شناسی هرمنیوتیک بیان نموده است که عبارتند از:

۱- توجه و جهت‌گیری به سمت ماهیت تجربه زیسته:

اولین مرحله در مطالعه پدیده توجه و جهت‌گیری به سمت طبیعت تجربه زیسته است.

گرایش پژوهشگر به پدیده مراقبت بیهوده در بخشهای ویژه

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

پژوهشگر سعی کرد با مرور مداوم سؤال اصلی پژوهش در کلیه مراحل پژوهش از جمله مراحل تحلیل داده‌ها و استخراج درون مایه‌ها به انجام این مهم بپردازد. در اولین قدم هر مرحله از تحلیل داده‌ها سؤال پژوهش مرور شده و سعی شد که استخراج درون مایه‌ها در جهت پاسخ به سؤال پژوهش باشد.

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

پژوهشگر در این مطالعه با استفاده از رویکرد جزئی نگر و انتخابی (Van Manen, 2001) به تبیین دلایل انجام مراقبت 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.

در کدگذاری اولیه ابتدا تعداد ۴۱۱ کد استخراج گردید. در فرایند تحلیل و مقایسه مداوم داده‌ها، تعداد کدها به ۳۸۹ کد تقلیل یافت. صحت یافته‌های کیفی بر اساس چهار ملاک مطرح شده شامل اعتبار، تأییدپذیری، قابلیت اعتماد و قابلیت انتقال مورد بررسی قرار گرفت (Burns and Grove, 2005). بدین

منظور جهت افزایش مقبولیت، پژوهشگران تعامل کافی و نزدیک با مشارکت‌کنندگان داشتند. بازنگری متون مصاحبه توسط مشارکت‌کنندگان و بازنگری کدهای استخراجی توسط ناظرین خارجی انجام شد و از نظرات تکمیلی و اصلاحی همکاران استفاده شد. بازنگری توسط مشارکت‌کنندگان، و ناظرین خارجی جهت افزایش تأییدپذیری داده‌ها انجام شد. کلیه ملاحظات اخلاقی از جمله محرمانه ماندن اطلاعات و اخذ رضایت آگاهانه از مشارکت‌کنندگان رعایت شد.

یافته‌ها:

در پژوهش کنونی، ۲۵ مشارکت‌کننده از هر دو جنس (۲۱ مؤنث، ۴ مذکر)، با محدوده ی سنی ۲۷-۴۵ سال و با میانگین سنوات خدمت ۱۰/۲۴ سال شرکت داشتند که سنوات کاری آنها بین ۱ الی ۲۰ سال متفاوت بود. میانگین سنوات کار در بخش‌ای سی یو ۷/۰۲ سال و بین ۱ الی ۱۵ سال بود. نمونه‌ها با تحصیلات کارشناسی و کارشناسی ارشد پرستاری از مراکز درمانی مختلف استان قزوین مورد مصاحبه عمیق و نیمه ساختار یافته قرار گرفتند (جدول ۱)

جدول ۱: ویژگیهای دموگرافیک مشارکت‌کنندگان

اطلاعات دموگرافیک		دامنه	میانگین	تعداد	درصد
جنس	زن			۲۱	۸۴
	مرد			۴	۱۶
تاهل	مجرد			۱۳	۵۲
	متاهل			۱۲	۴۸
مدرک تحصیلی	لیسانس			۲۲	۸۸
	ارشد			۳	۱۲
سمت	سرپرستار			۲	۸
	استف			۲	۸
	درگرددش			۲۱	۸۴
نام بخش	آی سی یو جراحی			۶	۲۴٪
	آی سی یو داخلی			۸	۳۲٪
	آی سی یو جراحی قلب			۳	۱۲٪
	آی سی یو جنرال			۵	۲۰٪
	آی سی یو تروما			۳	۱۲٪
سن		۴۵-۲۷	۸۸.۳۴		
سابقه کار		۲۰-۱	۲۴.۱۰		
سابقه کار در بخش ویژه		۱۵-۱	۰۲.۷		
دفعات مصاحبه		۳-۱			
طول مدت مصاحبه		۸۶-۳۰ دقیقه			

در ابتدا ۴۱۱ کد استخراج شد و پس از کاهش، حذف و ادغام‌های صورت گرفته ۳۸۹ کد اولیه باقی ماند و در نهایت ۱۴ طبقه و ۲۵ زیر طبقه و سه درون مایه حاصل شد. درون مایه‌ها شامل: «باورها و ارزشهای فردی»، «خط مشی سازمانی» و «عوامل فرهنگی - اجتماعی» بود. جدول ۲ نشان دهنده دلایل پرستاران برای انجام مراقبتهای بیهوده می‌باشد.

جدول ۲: دلایل انجام مراقبت بیهوده در بخشهای ویژه

ردیف	درون مایه (۳)	طبقات (۱۴)	زیر طبقات (۲۵)
۱	باور و ارزشهای فردی	اعتقادات مذهبی	
		عقاید شخصی	
		امید به برگشت	
		عذاب وجدان	
		تجارب مثبت قبلی پرستار	
۲	خط مشی سازمان	ناکارآمدی مدیریت پرستاری (مدیریت رباتیک)	مدیریت نامناسب مترون
			مدیریت ناصحیح سرپرستار
			عدم قدرت و اختیار
			اجبار
		ضعف صلاحیت کادر درمان	روتین کاری
			دانش و مهارت ناکافی پزشکان
			فقدان مهارت پرستاران در کار با ونتیلاتور
			دستورات سلیقه‌ای پزشکان (عملکرد مقتدرانه پزشک)
		تعارض روابط انسانی	عدم اعتماد و هماهنگی پزشکان با پرستاران
			عدم رعایت اصول اخلاقی توسط پزشکان در برخورد با خانواده بیمار و اخذ رضایت از آنها
			عدم رعایت اصول اخلاقی توسط پرستاران در روابط کاری با یکدیگر و بیماران
			ترس
		تکلیف مداری اجباری	انجام وظایف منشی توسط پرستار
			تعهد به انجام وظیفه
		مقررات دست و پا گیر	مسائل مربوط به سازمان در خصوص پیوند اعضا
			مسائل مربوط به تعرفه و روند بستری بیمار
		عوامل قانونی	دستورالعملهای پزشکی قانونی
			دستورالعملهای مربوط به سی پی ار
۳	عوامل اجتماعی - فرهنگی	موانع مربوط به خانواده	ترس خانواده به دلیل نداشتن آگاهی لازم
			موانع مربوط به مسائل مالی خانواده
			موانع مربوط به عدم اعتماد تیم درمان به خانواده
	موانع فرهنگی	موانع فرهنگی	مسائل فرهنگی مربوط به خانواده بیمار
			مسائل فرهنگی مربوط به پزشکان
			مسائل فرهنگی مربوط به جامعه
		موانع موجود در جامعه	کمبود امکانات رفاهی - حمایتی

(۱) باور و ارزشهای فردی:

اولین درون مایه انتزاع شده این پژوهش بود. این درون مایه شامل طبقات: اعتقادات مذهبی، عقاید شخصی، عذاب وجدان، تجارب مثبت قبلی پرستار و امید به برگشت بود.

(۱-۱) اعتقادات مذهبی:

اغلب پرستاران در این پژوهش، دلیل انجام مراقبتهای بیهوده را به صورت ترس از خدا، اعتقاد به قدرت خدا در برگرداندن بیمار و اعتقاد به معجزه در بهبودی بیمار مطرح نمودند. در همین رابطه مشارکت کننده‌ای اظهار نمود: "اعتقاد به اینکه شاید یک معجزه‌ای شد و برگشت (زنده موند). اعتقادات مونه دیگه به خاطر اون ۱٪ ممکنه ۹۹٪ مریض بره ولی خب به خاطر اون معجزه ۱ درصدی شاید اینجوری بشه شاید برگرده به خاطر همین ادم نمی تونه دست بکشه. (مشارکت کننده شماره ۷)"
"من داشتم پزشک اردر گذاشته من آف نکردم مریض رو. به خاطر مسائل اعتقادی...." (مشارکت کننده شماره ۹)

(۱-۲) عقاید شخصی:

اکثر مشارکت کنندگان توجیه زنده بودن بیمار را دلیلی برای انجام مراقبتهای هرچند بیهوده می‌دانستند. در همین رابطه مشارکت کننده‌ای اظهار نمود: "من این احساس را دارم که مریض هنوز زنده است روح تو بدنشه به نظر من تا زمانی که ضربان قلبش میزنه یک موجود زنده است. حالا می‌گیم GCS=3 یا Brain death ولی هنوز زنده است. تو رفرنس‌های خودمون هم هست که بالای سر مریض GCS=3 می‌رید باهاش صحبت کنید. چون هنوز حس شنوایی اش فعاله. (مشارکت کننده ۸)"

(۱-۳) عذاب وجدان:

مشارکت کنندگان اذغان داشتند که مراقبتهای موارد بیهوده را صرفاً به منظور رفع عذاب وجدان انجام می‌دهند. در همین رابطه مشارکت کننده‌ای اظهار نمود: "من خودم عذاب وجدان می‌گیرم می‌گم حالا چرا من انجام ندادم. حالا شاید به پزشکش بگم اینو DC (قطع) کنم، ولی خودم خب فکر می‌کنم که اون نوشته (اردر گذاشته) منم حالا انجام میدم دیگه. مثلاً گاواژ هر سه ساعت، می‌دونم که برای مریض فایده‌ای نداره ولی اگه انجام ندادم فکر می‌کنم من از کارم کم گذاشتم حالا که اردر کرده منم انجام میدم. (مشارکت کننده ۵)"

(۱-۴) تجارب مثبت قبلی پرستار:

تجربه بهبودی بیمارانی که پزشکان قطع امید کرده بودند، انگیزه‌ای جهت انجام مراقبتهای بیهوده در پرستاران بود. در همین رابطه مشارکت کننده‌ای اظهار نمود: "چون بارها دیدم مریض خیلی بد حال بوده همه گفتن نو کده (غیرقابل برگشت) و برنمی‌گرده ولی دیدم با پای خودش اومده دم در ICU ما دید می‌شم. کم هست ولی خب بالاخره هستش دیگه. (مشارکت کننده ۶)"

(۱-۵) امید به برگشت:

پرستاران به مؤثر واقع شدن برخی اقدامات در آینده امید داشتند. در همین رابطه مشارکت کننده‌ای اظهار نمود: "ما تا آخرین لحظه تلاشمون را می‌کنیم شاید مریض برگرده، یک درصد احتمال میدیم شاید مریض یک پاسخی به این اقدام ما، داروی ما داد و شاید برگشت." (مشارکت کننده ۱۸)

(۲) خط مشی سازمانی:

دومین درون مایه حاصل از داده‌های کیفی، دلایل مربوط به خط مشی سازمانی بود که ۶ طبقه و ۱۸ زیر طبقه را در بر می‌گرفت. طبقات این درون مایه شامل: "مدیریت پرستاری رباتیک"، "ضعف صلاحیت کادر درمان"، "تعارض روابط انسانی"، "تکلیف‌مداری اجباری"، "عوامل قانونی" و "مقررات دست و پا گیر" بود.

(۲-۱) مدیریت پرستاری رباتیک:

پرستاران اظهار می‌کردند که مراقبتهای کیس‌های بیهوده چندان وقت گیر نیست و از روی عادت علیرغم اعتقاد به بیهوده بودن انجام می‌دهند. در همین رابطه مشارکت کننده‌ای اظهار نمود: "از ما میخوان. الان ساکشن کردن PRN دیگه نگاه می‌کنی می‌بینی مریض saturation اش خوبه و نیاز به ساکشن نداره. اما اینجا یک چیزهایی روتین وار شده متأسفانه. مثلاً توی شیفت شب باید ۳ بار حتماً ساکشن کنیم. برای بچه‌ها هم روتین وار شده چون سرپرستارمون، شیفت صبح از بچه‌ها می‌خواد (مشارکت کننده ۱۱)"

همچنین تفاوت قائل نشدن بین بیماران مختلف و عدم اهمیت به تخت‌ای سی‌یو عاملی برای سکوت پرستاران و انجام روتین وار وظایفشان می‌باشد. در همین رابطه مشارکت کننده‌ای اظهار نمود: "خیلی کارها را روتین وار انجام میدیم. این یک واقعیتیه. می‌تونیم وقتمون را بذاریم برای فیزیو تراپی کردن

وقتی به پرستارش اعتماد کامل را نداره تو خیلی چیزها هم نمی پذیره دیگه". (مشارکت کننده ۱۵)

برخی پزشکان بدون آگاه سازی بیماران و همراهان اقدام به انجام پروسیجرهای متعدد برای بیماران می نمایند. در همین رابطه مشارکت کننده ای اظهار نمود:

" مثلاً الان تخت یکمونه همراهش رضایت PEG ندادن دکتر خیلی پا فشاری کرد همه همراهها بیان رضایت بدن همه پسرهایش بیان ما همه این کارو کردیم باز هم خودشون رضایت ندادن اما بعضی وقتها تو این خیلی پافشاری ها می ترسن نگران میشن عذاب وجدان می گیرن میگن نکنه کم گذاشته باشیم برای مریضمون و رضایت می دند. مجبور می شن که رضایت بدن. تو این پافشاری ها دکتر خیلی به ما میسپاره به پرستار یک شیفت نه دو شیفت نه سه شیفت نه..... (مشارکت کننده ۱۳)

همچنین هماهنگ نبودن کادر پرستاری با یکدیگر منجر به نگفتن واقعیت به خانواده و عدم راهنمایی صحیح همراهان در انتقال کیس های بیهوده از بخش ای سی یو می شود. در همین رابطه مشارکت کننده ای اظهار نمود: " وقتی تو یک چیزی می گی و پزشکت کاملاً نهی می کنه. خب اون مریض بهتون تازه بدبین هم میشه. بعد همه همکاریها باید یک چیزی رو تأیید کنن نه اینکه من تو شیفتم میگم بی فایده است. همکاری بعدی ام میاد مگه نه کی گفته خیلی خوبه باید حتماً انجام بشه، اگه نشه مریضتون حتماً expire میشه (مشارکت کننده ۱۳)

یکی از اصول کار پرستار، تعامل وی با بیماران همراهان آنها، همکاری و پزشکان است. از پرستاران انتظار می رود در برابر بیمار و در مورد مسائل درمانی، راستگویی را رعایت نمایند. بی توجهی به این امر و یا دادن وعده های درمانی قطعی به بیمار از سوی پزشک موجب افزایش امید واهی و افزایش مراقبتهای بیهوده می گردد. در همین رابطه مشارکت کننده ای اظهار نمود: " مثلاً من نوعی در یک حدی می تونم بگم. مثلاً ما موردی داشتیم که اتند اومد با خیلی ناراحتی گفته شما به همراه های فلان تخت گفتید که اینکار بی فایده است..... (مشارکت کننده ۱۳).

جلوگیری از فوت بیمار در شیفت با مداخله دارویی به منظور پذیرش نکردن بیمار جدید و تنبلی در انجام امور بیماران فوتی منجر به انجام احیا بیهوده و افزایش طول مدت زندگی نباتی بیماران مرحله نهایی بر روی تخت های ای سی یو می گردد. در همین رابطه مشارکت کننده ای اظهار نمود: "نمی دونم بعضی از همکاریمون آخر شیفته، نمی خوان سرشون شلوع بشه. مریض اکسپایری کلی کار داره. میگن دو تا آتروپین حالا میزنیم

مریض که اکستوبه شده، قشنگ درست فیزیوتراپی اش کنیم. نه همچین چیزی نداریم. نمی گم اصلاً نیست، هست اما خیلی کمه. چون وقتمون را صرف چیزهای دیگه می کنیم. (مشارکت کننده ۱۵)"

نارضايتی پرستاران از اختیارات پایین مدیران پرستاری در کاهش مراقبتهای بیهوده از جمله علل انجام مراقبتهای بیهوده مطرح شد. در همین رابطه مشارکت کننده ای اظهار نمود: " همه چی رو سپردن دست پزشک به پرستار به عنوان یه آدم منفعل نگاه میکنن. حتی اون روز یه مریضی یه عالمه آنتی بیوتیک می گرفت من به یکی از پزشکهایش گفتم که اینارو DC کن، انجام داد باور کنید هد نرسمون منو بازخواست کرد(مشارکت کننده ۶)

۲-۲) ضعف صلاحیت کادر درمان:

ضعف صلاحیت کادر درمان از جمله پزشکان باعث بستری کیس های بیهوده و انجام پروسیجرهای تهاجمی متعدد و مکمل می شود. در همین رابطه مشارکت کننده ای اظهار نمود: "خدا نکنه مریض یک خونریزی داشته باشه فرداش میاد کولونوسکوپی برای مریض GCS=3-4 می ده. (مشارکت کننده ۱۲)

همچنین خطاهای درمانی - مراقبتی پرستاران سبب آسیب های جبران ناپذیر بیمار شده و موجب افزایش میزان مراقبتهای بیهوده می شود. در همین رابطه مشارکت کننده ای اظهار نمود: "بچه ها جدیداً ICU کار نیستن. آموزش ندیدن بیان ICU همین جوری ریت مریض را زیاد می کنن موقع ساکشن کردن FIO2 مریض را زیاد می کنن. ۷۰٪ - ۸۰٪ پهو نمی بینیم صبح میایم میبینیم FIO2، 40 درصد شده ۸۰٪. FIO2 ها را زیاد می کنن. ریت هارا زیاد می کنن علت تاکی پنه یا کاهش سچوریشن مریض را بررسی نمی کنن ممکنه مریض ترشح داشته باشه و با ساکشن بهتر بشه. اولین کاری که می کنن ریت و FIO2 را زیاد می کنند میگن مریض تاکی پنه بود زیاد کردم ریتش رو. (مشارکت کننده ۱۱)

۲-۳) تعارض روابط انسانی:

تعارض روابط انسانی به صورت عدم اعتماد و هماهنگی پزشکان با پرستاران باعث سکوت و بی مسئولیتی پرستاران در قبال افزایش مراقبتهای بیهوده می شود. در همین رابطه مشارکت کننده ای اظهار نمود: "اصلاً مشکل پزشکهای ما با کادر پرستاری اینه که از نظر من با هم هماهنگ نیستن. پزشک من

کتبی می‌شود. در همین رابطه مشارکت‌کننده‌ای اظهار نمود: "اگر یک قانون کتبی باشد که بگه فورس کمتری برای اینها بذارید یا داروهای گران قیمت نزدیک... "(مشارکت‌کننده ۱۷)

۲-۶) قوانین دست و پاگیر داخل سیستم:

همچنین قوانین دست و پاگیر داخل سیستم در خصوص بستری درای سی یو منجر به عدم توافق کادر پزشکی در انتقال کیس‌های بیهوده به سایر بخش‌ها و ثبت دستورات دارویی و درمانی بیهوده فراوانی در این کیس‌ها می‌شود در همین رابطه مشارکت‌کننده‌ای اظهار نمود: "یک سری قوانینی هست که انرژی مارو مگیره یا مثلا مورد دیگه اش تحویل خون از بانک خون. خب ما نمونه را میدیم خدمات میره اونجا موقعی که کیسه خون را می‌خواهیم بگیریم خب اون فرمی را که پر کرده با پگ خون میارن بالا. بالا دو تا پرستاریم که شماره سریال را چک می‌کنیم و به مریض تزریق می‌کنیم حتما لازم نیست که پرستار تا بانک خون بره بیاد. یا مثلا خیلی از کارهای دیگه را ما داریم انجام میدیم. خیلی چیزهای اضافه هست که ما داریم انجام میدیم انرژی مون را می‌گیره اینجا یک سری موارد داخل بیمارستان (داخل سیستم) که انرژی پرسنل را بیشتر می‌گیره (مشارکت‌کننده ۸)

قوانین مربوط به تعرفه دولتی و بستری رایگان برخی بیماران به ویژه بیماران ترومایی و وصل به ونتیلاتور منجر به عدم موافقت خانواده در انتقال کیس‌های بیهوده به منزل و اتلاف هزینه‌های فراوانی در سیستم‌های درمانی می‌شود. در همین رابطه مشارکت‌کننده‌ای اظهار نمود: "البته چون اینجا هزینه رایگان هست، هیچکس همچین کاری نمی‌کنه که ببره خونه. میدونن زحمت اضافه، خب میگن چرا اینو ببرم خونه چه جوری تو خونه نگه دارم. چون مریض‌های ما تصادفی اند، رایگان اند. هیچکس هم نمی‌بره شاید هم مسئله هزینه‌ها پیش بیاد اینکارو بکنن که ببرن خونه (مشارکت‌کننده ۱۷)

۳) عوامل اجتماعی - فرهنگی:

سومین درون مایه عوامل اجتماعی - فرهنگی بود که حاوی طبقات: "موانع موجود در خانواده"، "موانع فرهنگی" و "موانع موجود در جامعه" بود.

۱-۳) موانع موجود در خانواده:

۱-۳-۱. ترس خانواده به دلیل نداشتن آگاهی لازم:

ترس خانواده به دلیل نداشتن آگاهی لازم و عدم آموزش کافی

شیفت ما بگذره به شیفت بعد برسه تحویل شیفت بعد بدیم چون کلی مریض مونده ما منشی نداریم کلی مریض تو این مدت دارو گرفته باید همه اینها لیست و حساب و کتاب کنن و پرونده را ببندن (مشارکت‌کننده ۱۱)

ترس از شکایت همراهان و عواقب جابجایی کیس‌های بیهوده ازای سی یو توسط پزشکان منجر به کاهش انتقال کیس‌های بیهوده می‌گردد. سوپروایزران و پرستاران نیز به دلیل نداشتن اختیارات کافی و ترس از مسائل قانونی نسبت به انتقال کیس‌های بیهوده ازای سی یو بی توجه بوده و همین امر باعث افزایش مراقبت‌های بیهوده در بخش می‌گردد. در همین رابطه مشارکت‌کننده‌ای اظهار نمود:

"من که تا بحال ندیدم سوپروایزرها بخوان تو کار ICU دخالت کنن بعضی هاشون که خیلی به نظرم بی سوادن حتی نمی‌دونن این مریض که هوشیاره بدحالت‌تره یا اون مریضی که زیر دستگاره بدحالت‌تره. اصلا اینو تشخیص نمی‌دن مثلا میگن این مریض که خوبه هوشیاره بفرستینش بخش. در صورتی که شاید این بیشتر به ICU احتیاج داشته باشه تا اون مریضی که زیر ونتیلاتوره. به خاطر همین اصلا دخالت نمی‌کنن (مشارکت‌کننده ۶)

۲-۴) تکلیف مداری اجباری:

از جمله علل دیگر انجام مراقبت‌های بیهوده توسط پرستاران تکلیف مداری اجباری و اجبار به انجام وظایف منشی می‌باشد. پرستاران به دلیل عدم تمایل به انجام امور اداری پرونده بیماران فوتی، تمایل به مرگ بیمار در شیفت خود ندارند و همین امر موجب زنده نگه داشتن اجباری کیس‌های بیهوده به زور دارو می‌شود. در همین رابطه مشارکت‌کننده‌ای اظهار نمود: "مثلا بارها شده روز تعطیل ما منشی نداریم بازم یکی از بچه‌های بخش به عنوان منشی وایمیسته و کارهای اولیه را به عنوان منشی انجام میده، روز بعدش که غیر تعطیل اعتراض می‌کنن که اینا چرا پر نشده اگر این برگه‌ها بیفته شما باید جواب بدید باید کلی بحث کنیم دیگه. عصر و شب اصلا منشی نداریم تمام مشخصات برگه‌های مشاوره را باید خودمون پر کنیم دیگه (مشارکت‌کننده ۸)

۲-۵) مسائل پزشکی قانونی:

مقررات دست و پا گیر و مسائل پزشکی قانونی نیز باعث انجام اقدامات و بستری‌های بیهوده از جمله سی پی آرهای بیهوده و امتناع از کتبی کردن دستور عدم انجام سی پی آر توسط پزشکان و انجام آن از سوی پرستاران به دلیل نداشتن دستور

داری بشه" (مشارکت کننده ۴)

بحث:

یافته‌های مطالعه حاضر که در خصوص تجارب پرستاران ای سی یو از دلایل انجام مراقبتهای بیهوده صورت گرفت، نشان داد که دلایل انجام مراقبتهای بیهوده بسیار متنوع و وسیع است و عوامل فردی، سازمانی و فرهنگی - اجتماعی هر کدام به نوعی در افزایش میزان مراقبتهای بیهوده دخیل می‌باشند.

نتایج این پژوهش نشان داد که باورها و ارزش‌های فردی پرستاران در انجام مراقبتهای بیهوده دخیل می‌باشد. اکثر مشارکت کنندگان عقاید شخصی و فرهنگی خود را انگیزه‌ای جهت انجام مراقبتهای بیهوده می‌دانستند و عدم انجام مراقبتهای بیهوده را کمک به قتل و کوتاهی در حق بیمار تلقی می‌کردند. مشارکت کنندگان اذغان داشتند که کم کردن از مراقبتهای موارد بیهوده حتی در شرایط کمبود نیرو و تعداد زیاد بیماران، باعث ایجاد عذاب وجدان در آنها می‌شود و علیرغم اطمینان از بی فایده بودن اقدامات خود، صرفاً به منظور رفع عذاب وجدان کلیه مراقبتهای موارد بیهوده را انجام می‌دهند. مشارکت کنندگان معتقد بودند از آنجایی که تمامی بیماران امید به بهبودی دارند پس پرستاران نیز باید امیدوار به برگشت بیمار باشند و معتقد بودند که داشتن امید باعث بهتر شدن مراقبت‌ها و بالا رفتن احتمال بهبودی بیمار می‌شود. از آنجایی که هر اقدامی، کم یا زیاد دارای عوارض جانبی شناخته شده و گاه نا شناخته است، تنها در صورتی باید بیمار را در معرض چنین عوارضی قرار داد که در مقابل، فایده‌ای نصیب او شود که این خطرات را توجیه کند اما در اقدام بیهوده فقط عوارض به بیمار تحمیل می‌شود. برخی از عوارض - نظیر ایجاد مقاومت آنتی بیوتیکی - ممکن است برای جامعه نیز خطرناک و هزینه‌هایی جدی در بر داشته باشد لذا تحمیل درد و رنج و عوارض جانبی غیر ضروری به بیمار غیر اخلاقی است. بدین منظور لازم است آموزش‌های لازم برای کاهش مراقبتهای بیهوده برای تمامی پرستاران طراحی گردد.

از سوی دیگر نتایج نشان داد که شرایط موجود در سازمان نقش اساسی در افزایش میزان مراقبتهای بیهوده دارند. سبک مدیریت پرستاری در سطوح مختلف نقش بسیار گسترده‌ای در افزایش میزان مراقبتهای بیهوده دارد به ویژه مشکلات موجود در مدیریت پرستاری به عنوان مانع قابل توجهی بر سر راه پرستاران باعث افزایش میزان مراقبتهای بیهوده به صورت گوناگون گردیده است. پرستاران اظهار می‌کردند مدیریت

برای مراقبت در منزل مهم ترین دلیل عدم موافقت خانواده برای انتقال کیس‌های بیهوده به منزل بود. در همین رابطه مشارکت کننده‌ای اظهار نمود: "ما اینجا به عنوان پرستار هیچ آموزشی به خانواده مریض نمی‌دیم تازه به ما گفتن بهشون بگید سوال دارید صبح بیا. دکتر که میاد از دکتر بپرس. در این حد باهاشون حرف می‌زنیم که وضعیت مریضشون امروز چطوره یا نسبت به دیروز چطوره؟ بیشتر از این آگاهی در مورد مریضشون بهشون نمی‌دیم. (مشارکت کننده ۱۶)

۳-۱-۲. موانع مربوط به مسائل مالی خانواده:

همچنین مسائل مالی و نداشتن امکانات در منزل و عدم حمایت مالی خانواده‌ها از سایر علل مخالفت خانواده در انتقال بیمار از بخش ای سی یو بود.

۳-۱-۳. موانع مربوط به عدم اعتماد تیم درمان به خانواده:

احتمال سود قصد توسط خانواده و عدم اعتماد به خانواده منجر به ندادن اختیار به خانواده برای تصمیم‌گیری در خصوص قطع دستگاه ونتیلاتور بود، همین امر منجر به صلب مسئولیت خانواده و اقامت طولانی بیمار در بخش ویژه می‌شد. در همین رابطه مشارکت کننده‌ای اظهار نمود: "سوء استفاده هم میشه. خانواده برای رسیدن به مال و منال طرف سوء استفاده می‌کنند. فردی که پدر بزرگ را بیمه عمر می‌کنه و بعد با مینی بوس میزنه که دیه بگیره، حتما اینکارو می‌کنه، ما داشتیم همچنین سوء استفاده‌هایی. (مشارکت کننده ۹)

۳-۲. موانع فرهنگی:

مشکلات فرهنگی خانواده و انتظارات غیر منطقی خانواده از شرایط بیمار منجر به قبول کردن شرایط بیمار و عدم توافق برای انتقال بیمار به منزل می‌گردید.

۳-۳. موانع موجود در جامعه:

تأثیر جو موجود در جامعه در اخذ رضایت از خانواده برای پیوند مؤثر بوده و حمایت اجتماعی ناکارآمد و نبودن امکانات رفاهی و حمایتی از جمله علل بسیار مؤثر در افزایش میزان مراقبتهای بیهوده در بخش‌های ویژه قلمداد گردید. در همین رابطه مشارکت کننده‌ای اظهار نمود: "به نظر من وزارت بهداشت موظفه که برای اینا یه فکری بکنه. مثلاً بهزیستی یک هزینه‌ای بده نگه دارن یا مرکزی رو تدارک ببینه که مجهز به دستگاه و اینا باشه و پرستارهایی را بگیره یک پولی بده که از اینا نگه

حل بیهودگی اهمیت دارد. ارتقاء مهارت های مذاکره در مراقبین و دسترسی به منابع میانجی گری مؤثر، می تواند این معضل را حل نماید. تضاد در خصوص موقعیت های نیازمند احیا، یا حمایت از زندگی و تغذیه از شایعترین مواردی باشند (McMillen, 2008). مراقبت های بیهوده اگرچه انجام می شود ولی با طراحی یک مکانیسم حل تضاد مؤثر، قابل حل می باشد یعنی با استفاده از مذاکره، میانجی گری، وساطت و روش های داوری و حکمیت قابل حل می باشد. مسئولیت ارتقاء این مهارت ها و منابع نه تنها بر عهده پزشکان بلکه پرستاران نیز مسئولند. به ویژه برای حل این معضل باید ساختارهایی که از ICU ها و بیمارستان ها و کمیته ها حمایت می کنند، طراحی کردند، اما آموزش عمومی، آموزش بیماران، تیم درمان و خانواده بیماران اولین قدم برای کاهش مراقبت های بیهوده می باشد (Calvin, et al., 2009).

نتایج نشان داد موانع فرهنگی علاوه بر خانواده در خصوص پزشکان و جامعه نیز مانع انتقال کیس های بیهوده از ای سی یو می گردید. بسیاری از پزشکان پروسیجرهای تهاجمی نادر و مشاوره های تخصصی متعددی را فقط برای جلب رضایت خانواده انجام می دادند و اذعان داشتند که انجام پروسیجرهای متعدد به منظور آرامش همراهان بیمار و تثبیت موقعیت شغلی و اعتبار حرفه ای آنها می باشد. حال آنکه اینگونه اقدامات ضررهای مالی و انسانی زیادی برای سیستم های درمانی به بار می آورد. با توجه به تنوع عوامل اجتماعی - فرهنگی، روش های درمانی و مراقبتی جدید و پیچیدگی تکنولوژی و پیشرفت های جدید در تجهیزات پیشرفته پزشکی، توجه به انجام مراقبت های متمرکز جهت ارتقاء کیفیت مراقبت های بهداشتی ضروری می باشد.

اگرچه شرایط متعددی در ایجاد اختلال در کیفیت مراقبت های بهداشتی نقش دارند اما براساس نتایج پژوهش حاضر به نظر می رسد مسائل مربوط به خط و مشی سازمان نظیر وضعیت قوانین و مقررات درون سازمان، نظارت بر اجرای صحیح قوانین و مقررات و پیشگیری از افراط و تفریط در قوانین و مقررات و پیشگیری از تناقض آن با شرح وظایف کادر درمان و مدیریت صحیح و کارآمد نیروی انسانی و فرهنگ سازی در کادر درمان می تواند نقش به سزایی در کاهش مراقبت های بیهوده داشته باشند.

نتیجه گیری:

با توجه به این مهم که مراقبت های بیهوده باعث ایجاد تنیدگی در پرستاران بخش های ویژه می گردد، منجر به فرسودگی شغلی و

نامناسب مترون و سرپرستار و نداشتن قدرت اختیار و اجبار از سوی مافوق باعث انجام مراقبت های بیهوده می شود. آنها اذعان داشتند که مراقبت های بیهوده را صرفاً به علت عادت داشتن به روتین کاری انجام می دهند و معتقد بودند که مراقبت های کیس های بیهوده چندان وقت گیر نیست و از روی عادت علیرغم اعتقاد به بیهوده بودن انجام می دهند.

نتایج نشان داد تعارض روابط انسانی به صورت عدم اعتماد و هماهنگی پزشکان با پرستاران و عدم توجه به نقطه نظرات و مهارت های پرستار از سوی پزشکان به عنوان ارتباط نادرست پزشک با پرستار موجب افزایش مراقبت های بیهوده می گردد. همچنین برخوردهای رفتاری نامناسب همراهان و بیماران موجب دلسردی در پرستاران می شود. در واقع از آنجایی که پرستاران بزرگترین عضو تیم درمان بوده و مرتباً با افراد گوناگون در تعامل هستند، بیشتر تحت تأثیر ارتباطات با سایر اعضای تیم بهداشتی و خانواده بیمار هستند. بسیاری از پرستاران بیان می نمودند که به دنبال رفتار ناشایست و ارتباطات نادرست همراهان بیمار و پزشکان دچار ناراحتی می شوند. همین ناراحتی بر انجام مراقبت های پرستاری آنان اثر گذاشته و مانع انجام مراقبت مفید می گردد.

همچنین ضعف صلاحیت کادر درمان از جمله پزشکان باعث بستری کیس های بیهوده و انجام پروسیجرهای تهاجمی متعدد و مکمل شده و به علت مهارت پایین پزشکان باعث افزایش طول مدت بستری و نگرفتن نتیجه می شود. فقدان مهارت پرستاران در کار با ونتیلاتور نیز باعث ناتوانی در جدا کردن بیماران از ونتیلاتور و وصل طولانی مدت به تهویه مکانیکی و افزایش مراقبت های بیهوده در ای سی یو می شود.

مدیریت ناصحیح تخت های ای سی یو توسط پزشکان به دلیل عدم احساس مسئولیت در مقابل دستورات سایر پزشکان همکار و صدور دستورات بیهوده به علت رفع مسئولیت و عواقب قانونی منجر به افزایش میزان مراقبت های بیهوده در بخش های ویژه می گردد. همچنین 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 مراقبت های بیهوده در واحد ای سی یو مطرح گردید. دادن امید واهی به خانواده از سوی پزشک و مخالفت پزشکان در انتقال واقعیت های به کیس های بیهوده منجر به کاهش میزان انتقال کیس های بیهوده به منزل و افزایش طول مدت بستری در ای سی یو می شود. (Calvin, et al., 2009) در نتایج پژوهش خود اذعان داشت تعریف بیهودگی کم تر از راهکارهای

مراقبتهای بیهوده قرار دهند. همچنین براساس تجربیات شرکت کنندگان رسانه ملی و بستر سازی در جامعه می تواند باعث افزایش آگاهی و اصلاح نگرش خانواده بیماران نسبت به پیوند اعضاء و کاهش مدت زمان اقامت کیس های بیهوده در بخش های ویژه گردد. همچنین امکانات موجود در جامعه برای حمایت از کیس های بیهوده بسیار محدود بوده و جوابگوی شرایط امروز و متناسب با وضعیت اقتصادی و رفاهی خانواده های بیماران نمی باشد. بنابراین لازم است مسئولین جامعه برای فراهم نمودن امکانات حمایتی از این گونه بیماران تدابیری را اتخاذ نمایند و در این راه اعضای تیم درمان و خانواده بیماران را مورد حمایت قرار دهند.

محدودیتها:

از آنجایی که مطرح کردن برخی تجارب و اقدامات غیرقانونی انجام شده توسط مشارکت کنندگان سخت بود، امکان مخفی کردن آنها وجود داشت که پژوهشگر تلاش نمود با تماس طولانی مدت با پرستاران در طول شیفت ارتباط صمیمانه و اعتماد ایجاد نماید و حتی المقدور با فراهم کردن محیط آرام برای مصاحبه این محدودیت را کنترل نماید.

تشکر و قدردانی

این مطالعه بخشی از رساله دکترای خانم لیلی یکه فلاح به راهنمایی خانم دکتر طاهره اشک تراب است. پژوهشگران از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی شعبه بین الملل و مشارکت کنندگان به دلیل بیان تجارب ارزنده خویش تشکر و قدردانی می نمایند. پژوهشگران بر خود لازم می دانند که از همکاران محترمی که در امر بازنگری و اصلاح کدها پژوهشگران را یاری نمودند، صمیمانه سپاسگزاری نمایند.

ترک خدمت در بخش های ویژه می گردد. آگاه شدن مسئولان بیمارستان ها به ویژه مسئولان پرستاری از نتایج این پژوهش و حمایت آنان از مشکلات پرستاران در این زمینه می تواند منجر به بهره وری بهتر کادر پرستاری در بخش های ویژه و کاهش فرسودگی شغلی در پرستاران بخش های ویژه می گردد. همچنین دست اندر کاران آموزش پرستاری می توانند با استفاده از روش های حل مسئله، روش های کاهش مراقبتهای بیهوده را به دانشجویان کارشناسی ارشد پرستاری ویژه آموزش دهند تا شاهد انجام مراقبتهای بیهوده کمتری توسط کارشناسان ارشد مراقبتهای ویژه باشیم. در حیطه پژوهش پرستاری، یافته های این پژوهش می تواند راه گشای انجام پژوهش های کمی و کیفی دیگری در صورت راهکار کاهش مراقبتهای بیهوده توسط پزشکان و پرستاران باشد. پرستاران بالین با آگاهی از یافته های این پژوهش می توانند علل مؤثر در انجام مراقبتهای بیهوده را شناخته و در صدد طراحی تدابیر مقتضی در حد توان حرفه ای برای کاهش مراقبتهای بیهوده اقدام نمایند تا شاهد ارتقاء توانمندی پرستاران در ارائه مراقبت های مناسب تر در بخش های ویژه باشیم. راهکارهای مختلفی برای کاهش مراقبتهای بیهوده پیشنهاد می شود، یکی از موثرترین استراتژی ها برای کاهش مراقبتهای بیهوده، راه اندازی تیم پاسخ سریع می باشد. این تیم به نرمال کردن شرایط اینگونه بیماران در بخش کمک می کند و لزومی ندارد که آنها به ICU انتقال پیدا کنند. همچنین صحبت مفصل با خانواده قبل از بد حال شدن بیمار با صرف وقت کافی بسیار مفید در پیشگیری از انجام مراقبت های بیهوده می باشد.

پیشنهاد می شود کمیته های 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

REFERENCES

- Burns N and Grove S K (2005) The practice of nursing research : conduct, critique, and utilization. 5th ed. edition. St. Louis, Mo., Elsevier/Saunders).
- Calvin A O, Lindy C M and Clington S L (2009) The cardiovascular intensive care unit nurse's experience with end-of-life care: a qualitative descriptive study. Intensive & critical care nursing : the official journal of the British Association of Critical Care Nurses. 25 (4) 214-20.
- McMillen R E (2008) End of life decisions: nurses perceptions, feelings and experiences. Intensive & critical care nursing : the official journal of the British Association of Critical Care Nurses. 24 (4) 251-9.
- Meltzer L S and Huckabay L M (2004) Critical care nurses' perceptions of futile care and its effect on burnout. American journal of critical care : an official publication, American Association of Critical-Care Nurses. 13 (3) 202-8.

- Miyawaki M (2010) Reconsidering the Value of Caring in Nursing Practice. *Journal of Philosophy and Ethics in Health Care and Medicine*. 4 5-17.
- Mobley M J, Rady M Y, Verheijde J L, Patel B and Larson J S (2007) The relationship between moral distress and perception of futile care in the critical care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*. 23 (5) 256-263.
- Neuberg G W (20۰۹) The Cost of End-of-Life Care A New Efficiency Measure Falls Short of AHA/ACC Standards. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*. 2 (2) 127-133.
- Palda V A, Bowman K W, McLean R F and Chapman M G (2005) "Futile" care: do we provide it? Why ?A semistructured, Canada-wide survey of intensive care unit doctors and nurses. *Journal of critical care*. 20 (3) 207-13.
- Pazargadi M, Zagheri Tafreshi M and Abed Saeedi Z (2007) Nurses' perspectives on quality of nursing care: a qualitative study *Journal of Research in Medical Sciences*. 31 (2) 147-53. (Persian)
- Sibbald R, Downar J and Hawryluck L (2007) Perceptions of “futile care” among caregivers in intensive care units. *Canadian Medical Association Journal*. 177 (10) 1201-1208.
- Van Manen M (200۱) *Researching lived experience : human science for an action sensitive pedagogy*. edition. Albany, N.Y., State University of New York Press).

Futile care: why Intensive care nurses' provide it?

A phenomenologic study

Yekefallah L¹, Ashktorab T^{2*}, Manoochehri H³, A lavi majd H⁴

¹ Alumnus PhD Nursing and Midwifery School, Shahid Beheshti University of Medical Sciences ,Tehran,Iran.

² Associate professor, Department of medical surgical nursing,Nursing and Midwifery School,Shahid Beheshti University of Medical Sciences,Tehran,Iran.

³ Assistant professor, Department of Basic Sciences,Nursing and Midwifery School, Shahid Beheshti University of Medical Sciences,Tehran,Iran.

⁴ Associate Professor, Dept. of Biostatistics, School of Paramedical Sciences,ShahidBeheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

■ Corresponding author: t_ashktorab@sbmu.ac.ir

Abstract

Background: futile care is provided in intensive care units for multiple reasons. For decline such care awareness of effective factors associated to providing futile care is necessary. This research reports, experience of intensive care nurses of reasons for providing of futile care .

Methods: In this qualitative study, a phenomenological approach was used. We used semi structured and in-depth interviews of purposive sample of 25 intensive care unit nurses' in all hospitals in Qazvin to identify codes and categorize themes in the data.

Results: three themes emerged from the data were as follows: 1-personal belief and value, 2-policy of institute, 3-socio-cultural factors.

Conclusion: The results demonstrate that reasons for providing of futile care in intensive care unit is different and personal belief, environment and organizational restrictions influences the development of the futile care and presents barriers to achieving an ideal care. Therefore nursing leaders must reduce futile care among nursing in intensive care. Experiences of futile care in intensive care units reflect on nurses' patient care negatively, increases their burnout, and reduces their job satisfaction. Therefore nursing leaders must reduce futile care among nursing in intensive care.

Keywords: futile care- effective factors- Intensive care nurses- experience - phenomenology

