

Frequency of futile care in viewpoint of ICU nurses in province of Qazvin (2014)

L. Yekefallah¹, T. Ashktorab², H. Manoochehri², H. Alavi Majd³

¹ Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

² Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

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

Corresponding Address: Tahereh Ashktorab, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Niayesh Research and Educational Complex, Niayesh Square, Valiasr St., Tehran, Iran

Tel: +98-912-5818173, Email: Taherehashk@gmail.com

Received: 10 Aug 2016; Accepted: 22 Jan 2017

*Abstract

Background: Futile care is provided many complicated challenges for nursing in intensive care units in Iran.

Objective: This study aimed to study prevalence of futile care from the viewpoints of nurses that working ICU.

Methods: This descriptive-analytical study was conducted on totally 210 nurses working in all ICU of academic, public, and private hospitals of Qazvin city in 2014. Data were analyzed using Chi-square, independent t-test, one-way ANOVA and Friedman tests.

Findings: The most prevalence of providing futile care was in teaching hospital (51.98 ± 23.2), and the least prevalence was in charity hospital (37.3 ± 12.77). There was significant difference between mean of futile care in different hospitals ($P < 0.007$).

Conclusion: As the key role of nurses in the managing futile care, awareness about prevalence of this kind of care, could be initial step for providing benefit care plans in ICU.

Keywords: Futile care, Nurses' attitude, Intensive care unit, Prevalence

Citation: Yekefallah L, Ashktorab T, Manoochehri H, Alavi Majd H. Frequency of futile care in viewpoint of ICU nurses in province of Qazvin (2014). J Qazvin Univ Med Sci. 2018; 21 (5): 47-54.

فراوانی مراقبت‌های بیهوده از دیدگاه پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه استان قزوین در سال ۱۳۹۳

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

^۱ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی قزوین، قزوین، ایران

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

^۳ گروه آمار حیاتی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

آدرس نویسنده مسؤل: تهران، خیابان ولی عصر، مجموعه آموزشی و تحقیقاتی نیایش، دانشکده پرستاری- مامایی شهید بهشتی، تلفن ۹۱۲۵۸۱۸۱۷۳
تاریخ دریافت: ۹۵/۵/۲۰؛ تاریخ پذیرش: ۹۵/۱۱/۳

* چکیده

زمینه: در ایران انجام مراقبت‌های بیهوده، پرستاران بخش‌های ویژه را با چالش‌های پیچیده‌ای مواجه نموده است
هدف: این مطالعه با هدف بررسی فراوانی مراقبت بیهوده در بخش‌های آی‌سی‌یو از دیدگاه پرستاران صورت گرفت.
مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی- تحلیلی به روش سرشماری در کلیه بخش‌های آی‌سی‌یو خصوصی، دولتی و دانشگاهی استان قزوین از دیدگاه ۲۱۰ پرستار شاغل در آی‌سی‌یوهای مختلف در سال ۱۳۹۳ انجام شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری؛ کای دو، تی مستقل، آنالیز واریانس یک‌طرفه و فریدمن انجام شد.
یافته‌ها: بیش‌ترین شیوع میانگین انجام مراقبت بیهوده از دیدگاه پرستاران در بیمارستان‌های دانشگاهی $51/98 \pm 23/2$ بود در حالی که این میزان در بیمارستان خیریه به کم‌ترین میزان رسیده بود ($37/3 \pm 12/77$). بین میانگین انجام مراقبت‌های بیهوده در بیمارستان‌های مختلف تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($P < 0.007$).
نتیجه‌گیری: از آنجایی که پرستاران می‌توانند نقش کلیدی در اداره مراقبت‌های بیهوده داشته باشند، بنابراین با آگاهی از فراوانی مراقبت‌های بیهوده می‌توان گام مهمی در جهت تدوین برنامه‌های مفید مراقبتی در بخش‌های آی‌سی‌یو برداشت.

کلیدواژه‌ها: مراقبت بیهوده، دیدگاه پرستاران، آی‌سی‌یو، شیوع

* مقدمه

نمی‌باشد^(۶) زیرا امروزه مداخلات تکنولوژیکی پیچیده به ویژه در بخش‌های مراقبت‌های ویژه افزایش یافته و تکنولوژی‌ها باعث افزایش طول عمر شده‌اند ولی در راستای افزایش کیفیت زندگی تأثیری نداشته‌اند.^(۷) نزدیک به نیمی از بیمارانی که در بیمارستان‌های آمریکا فوت می‌کنند در آی‌سی‌یو بستری شده و مراقبت بیهوده دریافت می‌کنند.^(۸) مراقبت‌های درمانی با اثرات درمانی اما بدون فایده و سود برای بیمار مراقبت بیهوده (Futile care) نامیده می‌شود. واژه "مراقبت بیهوده" برای اولین بار در سال ۱۹۸۰ تعریف و از سال ۱۹۹۰ وارد متون اخلاق پزشکی شده است.^(۹) تعریف مراقبت بیهوده

میزان بستری در بخش‌های آی‌سی‌یو ۳۵۰ تا ۸۰۰ نفر در سال می‌باشد.^(۱) علی‌رغم افزایش تجهیزات پیچیده و انجام مداخلات ویژه در این بخش‌ها، همچنان آمار مرگ و میر در آی‌سی‌یو ۰/۲ باقی مانده است.^(۲) کاسگرو و همکاران (۲۰۰۶) معتقدند که مرگ در ۱۸ تا ۲۲ درصد موارد از مراقبت‌های بیمارانی در حال مرگ اجتناب ناپذیر است.^(۳) آمارها نشان می‌دهد ۱۰ تا ۱۲ درصد کل بودجه مراقبت‌های بهداشتی صرف مراقبت‌های پایان عمر می‌شود.^(۴) نتیجه مراقبت باید بیمار را به آینده و پیشرفت بهبودی‌اش امیدوار کند.^(۵) در شرایط کنونی توانایی پرستاران در امر مراقبت در محیط‌های بالینی مورد قبول

مواجهه نموده است. اما علی‌رغم فراوانی و پیچیدگی مسایل مربوط به مراقبت‌های بیهوده در میان پرستاران مراقبت‌های ویژه، پژوهش‌های اندکی در خصوص فراوانی انجام مراقبت‌های بیهوده انجام شده است. آگاهی از شیوع مراقبت‌های بیهوده در آی‌سی‌یوهای مختلف گام مهمی در ارزیابی راهکارها به منظور ارتقای کیفیت مراقبت‌های پرستاری در این بخش‌ها می‌باشد. بدین منظور در این مطالعه شیوع این مراقبت‌ها از دیدگاه پرستاران بخش‌های ویژه ارزیابی شد.

* مواد و روش‌ها:

این مطالعه توصیفی - تحلیلی در تمام بخش‌های آی‌سی‌یو بیمارستان‌های استان قزوین در سال ۱۳۹۳ انجام شد. جامعه آماری شامل؛ پرستاران بخش‌های ویژه شاغل در ۶ بیمارستان آموزشی، ۲ بیمارستان وابسته به سازمان تأمین اجتماعی، ۲ بیمارستان خصوصی و ۱ بیمارستان خیریه خصوصی در استان قزوین بودند. در این پژوهش با روش سرشماری، کلیه پرستاران شاغل در آی‌سی‌یوهای استان که ۲۱۰ نفر بودند در مطالعه شرکت نمودند. ابزار پژوهش پرسش‌نامه ۱۸ سؤالی پژوهش‌گر ساخته بود و روایی و پایایی آن در مطالعه دیگری مورد ارزیابی قرار گرفته بود.^(۱۵) متوسط شاخص روایی محتوای ابزار ۰/۸۹ و آلفای کرونباخ کل ابزار برابر ۰/۹۱ بود. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون مجذور کای، تی مستقل، آنوا و فریدمن و نرم‌افزار SPSS ۲۱ استفاده و سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ درصد در نظر گرفته شد. لازم به ذکر است که تمام ملاحظات اخلاقی از جمله محرمانه ماندن اطلاعات در انجام پژوهش رعایت شده است.

* یافته‌ها:

حداقل سن پرستاران ۲۲ و حداکثر ۵۰ سال و میانگین سنی ۳۲/۴۶±۵/۶۲۱ سال بود. از دیدگاه پرستاران بیش‌ترین میزان انجام مراقبت‌های بیهوده در

برحسب شرایط بیماران و ارزش‌های فردی پرستاران متفاوت است.^(۱۰) لازم به ذکر است که مراقبت‌های بیهوده فقط شامل مراقبت‌های پایان عمر نمی‌باشد، بلکه هر مراقبتی که نتواند باعث بقا و تریخیم بیمار از بیمارستان یا حفظ و ارتقاء کیفیت زندگی فرد شود نیز مراقبت بیهوده نامیده می‌شود.^(۱۱) مراقبت بیهوده، مراقبتی غیرسودمند است که هیچ تأثیری نداشته و یا نامناسب است. به عبارت دیگر مراقبتی بیهوده است که بلااستفاده یا بی‌فایده باشد.^(۱۲) شنایدرمن در سال ۱۹۹۰، مداخله‌ای را که حداقل در ۱۰۰ بیمار با شرایط یکسان هیچ اثر سودمندی نداشته باشد بیهوده تلقی و این تعریف را در سال ۲۰۱۱ مورد تأیید قرار داد.^(۱۳)

هزینه مراقبت‌های بیهوده ۳۰ درصد کل هزینه‌های درمانی می‌باشد. کم‌ترین هزینه مراقبت‌های پایان عمر در بخش‌های مراقبت‌های ویژه در بیمارستان‌های آموزشی ۵۳۴۳۲ دلار به‌ازای هر بیمار بوده و بیش‌ترین هزینه ۹۳ هزار تا ۱۰۵ هزار دلار به‌ازای هر بیمار می‌باشد.^(۱۴) براساس یک مطالعه میزان انجام مراقبت‌های بیهوده در بخش‌های مراقبت‌های ویژه ۴۰ تا ۶۰ درصد است.^(۱۰) پژوهش‌ها نشان می‌دهد اثرات مراقبت‌های بیهوده زیر ۱۰ درصد است اما دلیل انجام آن این است که پزشکان بیش‌تر نگران هزینه‌های فردی ناشی از گیر افتادن در دعوی قضایی هستند تا هزینه‌هایی که به سازمان‌های بیمه‌گر تحمیل می‌شود.^(۱۴)

پژوهش‌ها نشان می‌دهد که مراقبت بیهوده باعث افزایش خطرات، ضررها و هزینه‌ها می‌شود. همچنین انجام مراقبت‌های بیهوده منجر به ایجاد عوارض دردناکی نظیر؛ زخم بستر، عفونت‌های ناشی از راه‌های وریدی و پنومونی ناشی از ونتیلاتور می‌شود.^(۱۴) بنابراین برنامه‌ریزی برای ارتقا کیفیت مراقبت‌های پرستاری و دسترسی به مشاوران مراقبت‌های ویژه جهت ارتقای تصمیم‌گیری در شرایط مراقبت بیهوده ضروری می‌باشد.^(۱۰) در ایران نیز ارزیابی مراقبت‌های بیهوده، پرستاران بخش‌های ویژه را با چالش‌های پیچیده‌ای

اجتماعی، خصوصی و خیریه به ترتیب هر کدام ۴۰ درصد بود (جدول شماره ۲).

بین فراوانی انجام مراقبت‌های بیهوده در بیمارستان‌های مختلف تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($P=۰/۰۰۴$). بیش‌ترین میانگین انجام مراقبت بیهوده در بیمارستان‌های دانشگاهی بود ($۲۳/۲ \pm ۵۱/۹۸$) در حالی که این میزان در بیمارستان‌های خیریه به کم‌ترین میزان رسیده بود ($۱۲/۷۷ \pm ۳۷/۳$). مطابق آزمون آنوا بین میانگین انجام مراقبت‌های بیهوده در بیمارستان‌های مختلف تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($P=۰/۰۰۷$) (جدول شماره ۳).

آی‌سی‌یوهای عمومی ۴۰ درصد، آی‌سی‌یو داخلی ۷۰ درصد، آی‌سی‌یو جراحی قلب صفر، آی‌سی‌یو جراحی ۵۰ درصد و آی‌سی‌یو تروما ۵۰ درصد بوده و در مجموع بیش‌ترین میزان انجام مراقبت‌های بیهوده ۴۰ درصد بوده است (جدول شماره ۱).

۱۸/۸ درصد از پرستاران میزان انجام مراقبت‌های بیهوده در آی‌سی‌یو را زیر ۵۰ درصد اعلام نمودند. طبق آزمون آنوا بین درصد انجام مراقبت‌های بیهوده در آی‌سی‌یوهای مختلف تفاوت آماری معنی‌داری وجود داشت ($df=۴, F=۵/۱۱, P<۰/۰۰۱$).

در بیمارستان‌های دانشگاهی حداکثر میزان انجام مراقبت‌های بیهوده ۵۰ درصد و در بیمارستان‌های تأمین

جدول ۱- شیوع مراقبت‌های بیهوده در آی‌سی‌یوهای مختلف از دیدگاه پرستاران

مراقبت بیهوده (درصد)	۰	۱۰	۲۰	۳۰	۴۰	۵۰	۶۰	۷۰	۸۰	۹۰	۱۰۰	جمع کل
عمومی	۲/۸	۱/۹	۶/۵	۲۰/۴	۲۳/۱	۱۱/۱	۱۹/۴	۸/۳	۴/۶	۰/۹	۰/۹	۱۰۰
داخلی	۳/۴	۰	۳/۴	۰	۳/۴	۱۲/۸	۶/۹	۲۷/۶	۳/۱	۱۰/۳	۰	۱۰۰
جراحی قلب	۲۵	۲۵	۸/۳	۸/۳	۸/۳	۱۶/۷	۰	۰	۸/۳	۰	۰	۱۰۰
جراحی	۰	۰	۱۰	۱۰	۲۰	۳۰	۱۰	۵	۰	۱۰	۵	۱۰۰
تروما	۰	۰	۵/۹	۲۳/۵	۲۳/۵	۴۱/۲	۵/۹	۰	۰	۰	۰	۱۰۰
جمع کل	۳/۸	۲/۷	۶/۵	۱۵/۶	۱۸/۸	۱۶/۷	۱۴	۹/۷	۸/۷	۴/۲	۱/۱	۱۰۰

جدول ۲- شیوع مراقبت‌های بیهوده در بیمارستان‌های مختلف از دیدگاه پرستاران

مراقبت بیهوده (درصد)	۰	۱۰	۲۰	۳۰	۴۰	۵۰	۶۰	۷۰	۸۰	۹۰	۱۰۰	جمع کل
نوع بیمارستان	۳/۶	۲/۷	۶/۳	۱۱/۷	۱۱/۷	۱۸/۹	۱۴/۴	۱۱/۷	۱۲/۶	۴/۵	۱/۸	۱۰۰
دانشگاهی	۶/۳	۴/۲	۲/۱	۱۸/۸	۲۹/۲	۱۴/۶	۱۶/۷	۸/۳	۰	۰	۰	۱۰۰
تأمین اجتماعی	۰	۰	۱۶/۷	۱۶/۷	۲۵	۸/۳	۱۶/۷	۰	۱۸/۳	۸/۳	۰	۱۰۰
خصوصی	۰	۰	۱۳/۳	۳۳/۳	۳۳/۳	۱۳/۳	۰	۶/۷	۰	۰	۰	۱۰۰
خیریه	۳/۸	۲/۷	۶/۵	۱۵/۶	۱۸/۸	۱۶/۷	۱۴	۹/۷	۸/۱	۳/۲	۱/۱	۱۰۰
جمع کل	۳/۸	۲/۷	۶/۵	۱۵/۶	۱۸/۸	۱۶/۷	۱۴	۹/۷	۸/۱	۳/۲	۱/۱	۱۰۰

جدول ۳- مقایسه میانگین شیوع مراقبت‌های بیهوده در بیمارستان دانشگاهی با سایر بیمارستان‌ها از دیدگاه پرستاران

نوع بیمارستان	اماره	میانگین \pm انحراف معیار	df	F	سطح معنی‌داری
دانشگاهی		$۲۳/۲ \pm ۵۱/۹۸$	۳	۴/۱۵	۰/۰۰۷
تأمین اجتماعی		$۱۸/۰۵ \pm ۴۱/۲۵$			
خصوصی		$۲۲/۲۹ \pm ۴۶/۶$			
خیریه		$۱۲/۷ \pm ۳۷/۳$			
کل		$۲۱/۸ \pm ۴۷/۶$			

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 آنتی‌بیوتیکی ممکن است برای جامعه نیز خطرناک و هزینه‌هایی جدی در برداشته باشد. لذا تحمیل درد و رنج و عوارض جانبی غیرضروری به بیمار غیراخلاقی است.^(۱۶) همچنین انجام مراقبت‌های بیهوده باعث کاهش کیفیت مراقبت‌های پرستاری می‌گردد. در یک مطالعه ۵۰ درصد پرستاران و ۷۰ درصد مراقبین در منزل گزارش کردند مراقبت‌های انجام شده از بیماران برخلاف استانداردها و وجدان مراقبین می‌باشد.^(۱۷)

همچنین در نتایج پژوهش سیبالد (۲۰۰۷) بسیاری از مشارکت‌کنندگان مراقبت بیهوده را به‌عنوان رنج و عذاب توصیف کرده و اذعان داشتند که احساس می‌کنند فقط باعث طولانی شدن یک زندگی دردناک می‌شود. اکثر توضیحات بدین معنا بود که آن‌ها منابع قابل توجهی را استفاده می‌کنند بدون این که هیچ فایده‌ای برای بیمار داشته باشد. استفاده از منابع قابل توجه بدون داشتن هیچ امید مستدلی به بهبودی بیمار یا استقلال نسبی وی یا برقراری تعامل بیمارشان با محیط اطرافشان از جمله تعاریف مراقبت بیهوده بود.^(۱۸)

گیلمر و همکاران (۲۰۰۵) در نتایج پژوهش خود اذعان داشتند هزینه مراقبت‌های آی‌سی‌یو ۲۰ درصد هزینه‌های بستری می‌باشد و کاهش مراقبت‌های بیهوده باعث سالانه ۵/۲۴۶ میلیون دلار صرفه‌جویی در هزینه‌های آی‌سی‌یو می‌شود. همچنین انجام مشاوره‌های اخلاق باعث کاهش هزینه تدابیر بیهوده در حدود ۱۵۷/۳۸ میلیون دلار می‌شود.^(۱۹) گاهی پرستاران با بیمارانی مواجه می‌شوند که هزینه زیادی را متقبل شده و در بخش آی‌سی‌یو بستری می‌شوند ولی بررسی آن‌ها در این بخش به‌جز تحمیل بار مالی هیچ فایده‌ای برای آنان ندارد و در اغلب موارد تمام یا بخشی از هزینه‌های درمان از منابع عمومی نظیر بیمه پرداخت می‌شود. اقدام بیهوده

میانگین انجام مراقبت‌های بیهوده در بین پرستاران خانم ۴۶/۶۷±۲۱/۵ و آقا ۴۶/۷۶±۱۹/۳ درصد بود. برحسب آزمون آنوا بین درصد انجام مراقبت‌های بیهوده و سابقه کار پرستاران در بخش‌های ویژه و آی‌سی‌یو و سابقه کاری در کل، رابطه آماری معنی‌داری وجود نداشت. همچنین بین تعداد پرستاران آی‌سی‌یو و تعداد تخت آی‌سی‌یو و درصد انجام مراقبت‌های بیهوده همبستگی معنی‌داری وجود داشت ($P < 0/0001$). برحسب ضریب همبستگی پیرسون بین درصد انجام مراقبت‌های بیهوده، باور پرستاران و خط مشی‌های سازمانی و مسایل فرهنگی - اجتماعی همبستگی وجود داشت ($P < 0/0001$).

برحسب آزمون کای اسکوئر تفاوت معنی‌داری بین نوع اضافه کاری در بیمارستان‌های مختلف وجود داشت ($P < 0/0001$). بیش‌ترین میزان اضافه کاری اجباری در بیمارستان‌های دانشگاهی (۸۶/۶ درصد) و کم‌ترین میزان آن در بیمارستان خصوصی (۲۸/۶ درصد) بود. همچنین بین نوع اضافه کاری و فراوانی انجام مراقبت بیهوده تفاوت وجود داشت. در اضافه کاری اختیاری بیش‌ترین درصد انجام مراقبت بیهوده، ۴۰ درصد و در اضافه کاری اجباری ۵۰ درصد بود ($P = 0/04$). برحسب نتایج تفاوت معنی‌داری بین میزان انجام مراقبت‌های بیهوده در آی‌سی‌یوهای مختلف وجود داشت ($P < 0/0001$).

*بحث و نتیجه‌گیری:

براساس نتایج فراوانی انجام مراقبت‌های بیهوده ۴۰ درصد بود که با نتایج مطالعه پالدا و همکاران (۲۰۰۶) همخوانی دارد.^(۱۰) ۸۷ درصد پزشکان و ۹۵ درصد پرستاران کانادا معتقدند حداقل یک‌بار در سال مراقبت‌های بیهوده را انجام می‌دهند.^(۱۰) همچنین فراوانی انجام مراقبت‌های بیهوده در آی‌سی‌یو داخلی بیش‌تر از سایر آی‌سی‌یوها بود که به‌نظر می‌رسد به‌دلیل ماهیت بیماران بستری در این بخش‌ها باشد. از آنجایی که هر اقدامی، کم یا زیاد دارای عوارض جانبی شناخته و گاه ناشناخته

پرستاران و حضور در بالین بیمار به‌طور اجبار در انجام مراقبت‌های بیهوده تأثیرگذار باشد. ورگانو و همکارانش (۲۰۱۴) معتقدند پزشکان بیماران در حال مرگ باید دستور "فقط اقدامات را حتی" تجویز نمایند که این دستور شامل تجویز داروهایی نظیر مخدرها و خواب‌آورها برای پیشگیری و درمان علامت درد و ناراحتی بیمار در طی فرایند مرگ است. تدابیر پرستاری نظیر ساکشن کردن ترشحات و تغییر وضعیت و تدابیری از این قبیل باید ادامه داشته باشد.^(۲۱)

تلت و همکاران (۲۰۱۲) بیان کردند در بیمارانی که امکان بهبودی از شرایط بحرانی‌شان وجود ندارد، در ۸۰ درصد موارد قطع تدابیر درمانی انجام می‌شود.^(۲) البته قطع اقدامات درمانی به معنای رها کردن بیمار نیست بلکه باید مداخلات به سمت تدابیر تسکینی و کاهش درد و علایم تغییر یابد و توجه به نیازهای روانی و معنوی و اجتماعی بیمار و بستگانش مدنظر قرار گیرد. به‌طور کلی فرایند مراقبت از بیمار باید یک تمرکز کلی روی خود بیمار داشته باشد.^(۲۲) حمایت معنوی و عاطفی از بیمار یا خانواده‌اش باید انجام شود. تأکید شده که هرگز در برنامه درمانی و مراقبتی بیمار در حال مرگ تغییری داده نشود.^(۲۳) بیمار و خانواده‌اش امیدوارند که مداخلات درمانی انجام شده در آی‌سی‌یو باعث برگشت بیمار به سطح عملکرد جسمی، ذهنی و اجتماعی قبلی می‌شود، وقتی این هدف قابل دستیابی نیست، پس مناسب است تدابیر درمانی قطع و اجازه مرگ به بیمار داده شود. قطع تدابیر درمانی یک تصمیم مشکل است زیرا پیش‌آگهی بیماری نامعلوم بوده و معمولاً نمی‌توان با بیمار مشورت کرد، به‌همین دلیل از نظر قانونی پزشکان متعهد نیستند و معمولاً به مراقبت‌های بیهوده پافشاری می‌کنند.^(۲۴،۲۵)

براساس مطالعه‌ای در ایالت متحده، نیمی از پرستاران شرکت‌کننده در مطالعه مطرح کرده بودند که تصمیم به قطع یا توقف اقدامات حمایتی از زندگی به‌عنوان دومین چالش حرفه‌ای آن‌ها محسوب می‌شود.^(۱۷) از آنجایی که

در واقع اتلاف این منابع است. علاوه بر این پزشک مسئولیت دارد که از تحمیل هزینه اضافی به بودجه شخصی بیماران نیز پرهیز کند. افزون بر این، وقت پزشک و امکانات دارویی، تشخیصی، بیمارستانی و غیره که باید صرف اقدام بیهوده شوند نیز از منابع پزشکی‌اند. استفاده از این منابع برای درمان بیهوده علاوه بر اتلاف هزینه‌ها، باعث به تعویق افتادن نوبت دسترسی سایر بیماران یا محروم شدن بیماران واقعاً نیازمند از این منابع می‌شود.^(۱۶)

حداکثر میزان انجام مراقبت‌های بیهوده در بیمارستان‌های دانشگاهی بود و این میزان در بیمارستان‌های خصوصی و خیریه به کم‌ترین حد رسیده بود. شاید دلیل این تفاوت وجود مدیریت منابع دقیق‌تر در مراکز خصوصی و خیریه باشد که پیشنهاد می‌شود مسؤلان بیمارستان‌های آموزشی جهت مدیریت صحیح منابع و تجهیزات و نیروی انسانی اهتمام بیش‌تری بورزند. بین درصد انجام مراقبت‌های بیهوده و سابقه کار پرستاران در بخش‌های ویژه و آی‌سی‌یو رابطه آماری معنی‌داری وجود نداشت. به‌نظر می‌رسد تجارب پرستاران نقشی در میزان انجام مراقبت‌های بیهوده نداشته است. شاید دلیل این امر وجود قوانین سخت و نداشتن اختیار عمل در پرستاران و الزام به رعایت دستورات پزشکان باشد. نتایج مطالعه بالجانی و همکاران (۱۳۹۱) نشان داد عدم توجه پزشکان به خواسته‌های بیمار و خانواده وی و تصمیم‌گیری به جای بیمار بدون آگاه‌سازی وی و خانواده‌اش منجر به افزایش میزان مراقبت‌های بیهوده می‌گردد.^(۲۰)

همچنین بین تعداد پرستاران و تعداد تخت آی‌سی‌یو و درصد انجام مراقبت‌های بیهوده همبستگی معنی‌داری وجود داشت به طوری که با افزایش تعداد تخت و پرستار میزان انجام مراقبت بیهوده افزایش یافته بود. به‌نظر می‌رسد با افزایش تجهیزات و نیروی انسانی نظارت کم‌تری در مصرف منابع صورت می‌گیرد. همچنین با توجه به نتایج پژوهش، در صورت اضافه کاری اجباری میزان مراقبت بیهوده افزایش یافته بود. به‌نظر می‌رسد نارضایتی

- advanced COPD at the end of life: a qualitative study. *Intensive Crit Care Nurs* 2008; 24(3): 162-70. doi: 10.1016/j.iccn.2008.01.002.
2. Tellett L, Pyle L, Coombs M. End of life in intensive care: is transfer home an alternative. *Intensive Crit Care Nurs* 2012; 28(4): 234-41. doi: 10.1016/j.iccn.2012.01.006.
3. Cosgrove JF, Nesbitt ID, Bartley C. Futility and the critically ill adult patient: a framework. *Curr Anaesth Crit Care* 2006; 17(5): 255-62. doi: 10.1016/j.cacc.2006.10.003.
4. Jensen HI, Ammentorp J, Erlandsen M, Ording H. End of life practice in Danish ICUS: development and validation of a questionnaire. *BMC Anesthesiol* 2012; 12: 16. doi: 10.1186/1971-2253-12-16.
5. Potter PA, Perry AG. *Basic nursing*. 7th ed. USA, Mosby Elsevier; 2011. 131-48
6. Miyawaki Mihoko. Reconsidering the value of caring in nursing practice. *J Philos Eth Health Care Med* 2010; 4: 5-17.
7. Heland M. Fruitful or futile: intensive care nurses' experiences and perceptions of medical futility. *Aust Crit Care* 2006; 19(1): 25-31.
8. Niderman MS, Berger JT. The delivery of futile care is harmful to other patients. *Crit Care Med* 2010; 38(10 Suppl): S518-22. doi: 10.1097/CCM.0b013e3181f1cba5.
9. Gabbay E, Calvo-Broce J, Meyer KB, Trikalinos TA, Cohen J, Kent DM. The empirical basis for determinants of medical futility. *J Gen Intern Med* 2010; 25(10): 1083-9. doi: 10.1007/s11606-010-1445-3.
10. 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. *J*

نبودن گایدلاین برای عملکرد پرستاران در شرایط مراقبت‌های بیهوده از جمله مشکلات اساسی پرستاران در انجام این‌گونه مراقبت‌هاست^(۲۲) بنابراین برای کاهش مراقبت‌های بیهوده و اثرات آن در پرستاران باید اقداماتی جهت رفع موانع موجود و ارتقای تسهیلات لازم از سوی دست‌اندرکاران صورت گیرد. مدیریت مراقبت‌های بیهوده باید به‌وسیله تنظیم راهکارهای ارتباطی، افزایش دانش، ارتقای قوانین و تدوین سیستم‌های حمایتی، اخلاقی و عاطفی ارتقا یابد.^(۲۳) تخصیص برنامه زمانی بیش‌تر به آموزش این مفهوم در تمامی مقاطع تحصیلی پرستاری کشور ایران به‌ویژه مقطع کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه ضروری به‌نظر می‌رسد. همچنین آموزش مداوم در عرصه‌های بالینی، ایجاد شرایط و امکانات لازم، افزایش تعداد نیروی انسانی کافی، تغییر روش‌های آرایه مراقبت‌های پرستاری به‌ویژه در بخش‌های ویژه، افزایش همکاری و مشارکت گروهی و ایجاد نگرش مثبت نسبت به حرفه پرستاری 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 به‌ویژه در مواردی نظیر مراقبت‌های پایان حیات ضروری به‌نظر می‌رسد.^(۱۶)

*سپاس‌گزاری:

این مطالعه بخشی از رساله دکترای خانم لیلی یکه‌فلاح به راهنمایی خانم دکتر طاهره اشک‌تراب بوده است. بدین‌وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و مشارکت‌کنندگان به‌دلیل بیان تجارب ارزنده خویش و همکاری که در امر بازنگری و اصلاح کدها ما را یاری نمودند، تقدیر و قدردانی می‌گردد.

*مراجع:

1. Goodringe D, Wendy D, Gjevne, J, Rennie, D. Caring for critically ill patients with

- Crit Care 2005; 20(3): 207-13.
11. Chwang E. Futility clarified. *J law Med Ethics* 2009; 37(3): 487-95. doi: 10.1111/j.1748-720X.2009.00409.x.
12. Santonocito C, Ristagno G, Gullo A, Weil MH. Do-not-resuscitation order: a view throughout the world. *J Crit Care* 2013; 28(1): 14-21. doi: 10.1016/j.jcrc.2012.07.005.
13. den Hollander D. Medical futility and the burns patient. *Burns* 2013; 39(5): 851-5. doi: 10.1016/j.burns.2013.02.001.
14. Neuberg GW. The cost of end-of-life care: a new efficiency measure falls short of AHA/ACC standards. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2009; 2(2): 127-33. doi: 10.1161/CIRCOUTCOMES.108.829960.
15. 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. PhD thesis, Shahid Beheshti Univ Med Sci; 2015. [In Persian]
16. Aramesh K. Medical Futility. *J Ethics Hist Med* 2008; 1(4): 47-52. [In Persian]
17. Meltzer LS, Huckabay LM. Critical care nurses' perceptions of futile care and its effect on burnout. *Am J Crit Care* 2004; 13(3): 202-8.
18. Sibbald R, Downar J, Hawryluck L. Perceptions of "futile care" among caregivers in intensive care units. *CMAJ* 2007; 177(10): 1201-8. doi: 10.1503/cmaj.070144.
19. Gilmer T, Schneiderman LJ, Teetzel H, Blustein J, Briggs K, Cohn F, et al. The costs of nonbeneficial treatment in the intensive care setting. *Health Aff (Millwood)* 2005; 24(4): 961-71.
20. Baljani S, Azimi N, Hosseinloo A. A survey on nurses' perception of the importance of caring behaviors and factors affecting its provision. *Evid Based Care* 2012; 2(1): 13-21. doi:10.22038/ebcj.2012.377. [In Persian]
21. Vergano M, Gristina GR. Futility in medicine. *Trends Anaesthesia Crit Care*. 2014; 4: 167-9. doi: 10.1016/j.tacc.2014.10.004
22. McMillen RE. End of life decisions: Nurses Perceptions, feelings and experiences. *Intensive Crit Care Nurs* 2008; 24(4): 251-9.
23. Jox RJ, Schaidler A, Marckmann G, Borasio GD. Medical futility at the end of life: the perspective of intensive care and palliative care clinicians. *J Med Ethics* 2012; 38(9): 540-5. doi: 10.1136/medethics-2011-100479.
24. kadooka Y, Asia A, and Bito S. Can physicians' judgments of futility be accepted by patients: a comparative survey of Japanese physicians and laypeople. *BMC Med Ethics* 2012; 13:7. doi: 10.1186/1472-6939-13-7.
25. Courtwright AM, Brackett S, Cadge W, Krakauer EL, Robinson EM. Experience with a hospital policy on not offering cardiopulmonary resuscitation when believed more harmful than beneficial. *J Crit Care* 2015; 30: 173-7. doi:10.1016/j.jcrc.2014.10.003.