اخلاق و تاریخ پزشکی، سال ۱۳۹۶، دوره ۱۰

درک پرستاران از مراقبت بیهوده در بخش‌های مراقبت ویژه

سمیه رستمی[۱]، روانبخش اسماعیلی[۲]، هدایت جعفری*[۳]، جمشید یزدانی چراتی[۴]، سیدافشین شروفی[۵]

تاریخ دریافت: ۹۶/۳/۲۱ **تاریخ پذیرش: ۹۶/۱۰/۲۴** **تاریخ انتشار: ۹۶/۱۲/۷**

مقاله‌ی پژوهشی

چکیده

مراقبت‌های درمانی با اثرات درمانی، اما بدون فایده برای بیمار، «مراقبت بیهوده» نامیده می‌شود. با توجه به اهمیت درک اعضای تیم درمان از مفهوم مراقبت بیهوده و همچنین تأثیر حاصل از این درک، بر کیفیت مراقبت‌های پرستاری و سلامت جسمی و روانی تیم درمان، این تحقیق با هدف بررسی درک پرستاران از مراقبت بیهوده در بخش‌های مراقبت ویژه انجام گرفته است. مطالعه‌ی حاضر یک مطالعه‌ی تحلیلی از نوع همبستگی است. ۱۸۱ نفر از پرستاران شاغل در بخش‌های ICU مراکز آموزشی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مازندران به‌صورت سرشماری انتخاب شدند. ابزار بررسی، پرسش‌نامه‌ای دو قسمتی شامل فرم مشخصات دموگرافیک و پرسش‌نامه‌ی درک از مراقبت بیهوده بود. همچنین داده‌ها با نرم‌افزار آماری SPSS نسخه‌ی ۱۹ و آزمون‌های آماری توصیفی و شاخص‌های مرکزی و پراکندگی، بررسی و تجزیه و تحلیل شدند. برای بررسی رابطه‌ی بین متغیرها از ضریب همبستگی پیرسون، همبستگی جزئی و تی تست و آنالیز واریانس استفاده شد. یافته‌ها نشان داد اکثر پرستاران (۶۵/۷ درصد) درک متوسطی از مراقبت بیهوده داشتند. از میان متغیرهای دموگرافیک تنها بین میانگین ساعت کار در هفته، با درک از مراقبت بیهوده ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت ($p<0/05$). با توجه به سطح متوسط درک پرستاران از مراقبت بیهوده، لازم است مداخلات مناسبی برای به حداقل رساندن تناوب مواجهه با مراقبت بیهوده و تنش حاصل از آن صورت گیرد. آموزش مکانیسم‌های سازگاری و افزایش شناخت پرستاران از موقعیت‌های منتج به مراقبت بیهوده، کاملاً ضروری به نظر می‌رسد.

واژگان کلیدی: بخش مراقبت ویژه، پرستاران، مراقبت انتهای زندگی، مراقبت بیهوده

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی نسیبه، کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.

۲. استادیار و عضو هیأت علمی گروه پرستاری داخلی- جراحی دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات ارتوپدی دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.

۳. استادیار و عضو هیأت علمی گروه پرستاری داخلی- جراحی دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات طب سنتی و مکمل دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.

۴. دانشیار و عضو هیأت علمی گروه آمار زیستی دانشکده‌ی بهداشت، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.

۵. فوق دکترای سلامت سالمندی، مرکز تحقیقات طب سنتی و مکمل دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.

*** نویسنده‌ی مسؤول:** ساری، خیابان وصال شیرازی، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی نسیبه ساری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران.

Email: hjafari@mazums.ac.ir

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-05]

مقدمه

در دهه‌های اخیر بسیاری از بیماران بر اثر حوادث قلبی و عروقی، تصادفات و بدخیمی‌ها جان خود را از دست داده‌اند. اگرچه درمان‌های جدید به‌طور نسبی سبب افزایش طول عمر این بیماران می‌شود، ماهیت این امراض به گونه‌ای است که ناتوانی‌های زیادی برای بیماران به همراه دارد و به‌طور واضح باعث کاهش کیفیت زندگی آن‌ها می‌شود (۱). ایران هم مثل کشورهای دیگر، با توجه به پیشرفت‌های حاصل‌شده در امر درمان، با مشکل افزایش تعداد افراد دچار بیماری‌های مزمن مواجه است. از یک سو، این بیماری‌ها همراه با افزایش سن بیماران و مشکلات ناشی از آن، درد و ناراحتی‌های فراوانی برای افراد و خانواده‌های آنان ایجاد می‌کند و از سوی دیگر، کمبود امکانات رسیدگی به بیماران در ایران، موجب مطرح‌شدن بحث اولویت‌بندی در تخصیص امکانات و همچنین انتخاب بیماران در استفاده از امکانات می‌شود (۲). امروزه کمبود تخت‌های مراقبت ویژه در کنار فراوانی عوامل تنش‌زا در بخش‌های ویژه، بحث‌های چالشی ازجمله بحث درباره‌ی «مراقبت بیهوده»[1] را مطرح می‌نماید (۳).

مراقبت‌های درمانی با اثرات درمانی، اما بدون فایده برای بیمار، «مراقبت بیهوده» نامیده می‌شود (۴). تجزیه و تحلیل حاصل از مطالعات مختلف نشان می‌دهد تعریف عملیاتی مراقبت بیهوده، عبارت است از استفاده از منابع شایان توجه، بدون احتمال یا امید منطقی که منجر به بهبود بیمار یا رسیدن به درجه‌ای از استقلال نسبی برای تعامل با محیط اطراف بشود (۵).

در آمریکا حداقل یک نفر از هر پنج نفر بیمار بستری در بخش مراقبت‌های ویژه فوت می‌کند (۶). نزدیک به نیمی از بیمارانی که در بیمارستان‌های آمریکا فوت می‌کنند، در ICU بستری شده و مراقبت بیهوده دریافت می‌کنند. مراقبت‌های بیهوده، در بخش‌های مراقبت ویژه بخشی چشمگیر از منابع موجود را به خود اختصاص داده است (۷). مدت زمان نامعلوم بهره‌مندی از این مراقبت‌ها، هزینه‌های زیادی را برای بیمار و خانواده و سیستم بهداشتی به همراه دارد و به‌طور غیرمستقیم بر پرستاران نیز اثر می‌گذارد (۸). براساس یک مطالعه میزان مراقبت‌های بیهوده در بخش‌های مراقبت ویژه، ۴۰ تا ۶۰ درصد است (۹). مراقبتِ بیهوده ارزان نیست و سالانه حدود ۱۶ درصد از بودجه‌ی سالانه‌ی پزشکی صرف ارائه‌ی مراقبت بیهوده به ازای هر شصت روز زندگی می‌شود (۱۰). ضرر مالی واردشده به بیمارستان‌ها، برای هر بیمار که حداقل ۷۲ ساعت به تهویه‌ی مکانیکی نیاز دارد، ۲۳ هزار دلار است (۱۱). این تنها هزینه‌ای نیست که برای اجرای مراقبت بیهوده صرف می‌شود، بلکه در کنار آن هزینه‌ی بیمه و هزینه‌های اضافی نیز وجود دارد (۱۲). علاوه بر سازمان‌های بهداشتی، خانواده‌ها نیز متحمل هزینه‌های سنگینی شده و احساس درماندگی خواهند کرد. در انتها پرستاران قرار دارند که به دلیل وجود محدودیت‌های سازمانی، به‌طور منفی از این وضعیت متأثر خواهند شد (۱۳). مطالعات نشان می‌دهد که بین مراقبت بیهوده و تنش اخلاقی ارتباط وجود دارد (۱۴و۱۵)؛ درواقع، پزشکان و پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه که به بیهوده‌بودن مراقبت پی می‌برند، دچار تنش اخلاقی می‌شوند (۱۴). تنش‌های اخلاقی نیز پیامدهای جسمی و روانی متعددی را به همراه می‌آورند و می‌توانند بر وظایف حرفه‌ای پرستاران تأثیر منفی بگذارد (۱۶). همچنین این موقعیت ممکن است کیفیت مراقبت از بیمار را دچار اختلال کند و در عین حال ممکن است سبب کاهش رضایت شغلی، خصوصاً در پرستاران شود و همچنین بر کیفیت زندگی پرستاران اثر بگذارد (۱۴). بی‌تفاوتی در برابر بیمار، بی‌توجهی به درد بیمار، کاهش تلاش پرستاران در ارائه‌ی مراقبت بیشتر و بهتر، سهل‌انگاری در درمان به‌موقع بیماران، افزایش هزینه‌ها و اتلاف وقت و انرژی برخی پیامدهای مراقبت‌های بیهوده

1. Futile care

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-05]

هستند. همچنین فراوانی موقعیت‌های استرس‌زا که در نتیجه‌ی مراقبت‌های بی‌فایده یا بیهوده از بیمار روی می‌دهد، با بروز خستگی عاطفی[1] به‌عنوان یکی از اجزای اصلی سندرم فرسودگی شغلی در میان تیم درمان در بخش‌های ویژه، ارتباطی معنادار دارد (۱۵). به علاوه این احتمال وجود دارد که استرس حاصل از درک این گونه موقعیت‌های تنش‌زا، به تصمیم ترک خدمت توسط پزشکان و خصوصاً پرستاران منجر شود (۵). به‌طور کلی مراقبت بیهوده، پرسنل پرستاری را با تعارض‌های پیچیده مواجه کرده است. با شناسایی و شناخت برخی از این تعارض‌ها، پرستاران این امکان را می‌یابند که بر چنین موقعیت‌هایی مسلط شوند و برای اداره‌ی بهتر آن‌ها برنامه‌ریزی کنند (۱۷)؛ بنابراین، برنامه‌ریزی برای ارتقاء کیفیت مراقبت‌های پرستاری و دسترسی به مشاوران مراقبت‌های ویژه برای تصمیم‌گیری‌های مناسب در شرایط مراقبت بیهوده ضروری است (۹). پرستاران در انجام‌دادن یا قطع‌کردن مراقبت‌های بیهوده نقش کلیدی دارند و اگر تجربه‌ی برخورد با چنین موقعیت‌هایی را داشته باشند می‌توانند روی بیمار و خانواده‌ی او بسیار اثر بگذارند (۱۸).

در ایران نیز ارائه‌ی مراقبت‌های بیهوده، پرستاران بخش‌های ویژه را با چالش‌های پیچیده‌ای مواجه نموده است؛ اما علی‌رغم فراوانی و پیچیدگی مسائل مربوط به مراقبت‌های بیهوده در میان پرستاران مراقبت‌های ویژه، این مفهوم تاکنون در جامعه‌ی ایرانی ناشناخته مانده است و پژوهش‌های اندکی در این زمینه در ایران انجام شده است (۱۹). انجام‌گرفتن آن در نقاط خاصی از ایران، استفاده از پرسش‌نامه‌ی پژوهشگرساخته و روش نمونه‌گیری غیرتصادفی از محدودیت‌های پژوهش‌های قبلی در این حوزه بوده است. ضمن اینکه در مطالعات قبلی مشارکت‌کنندگان، در بخش‌های مختلف بیمارستانی امر مراقبت را بر عهده داشتند؛ درحالی‌که در این مطالعه مشارکت‌کنندگان فقط در بخش‌های تخصصی ICU بزرگسالان که مراقبت در این بخش‌ها شرایط خاصی دارد، انجام وظیفه می‌کردند. نکته‌ی مهم دیگر، نتایج متناقض تحقیقات مختلف و سطح متفاوت ادراک مشارکت‌کنندگان در ایران و جهان بوده است (۲۰-۲۳)؛ ازاین‌رو با توجه به اهمیت درک اعضای تیم درمان از مفهوم مراقبت بیهوده و تأثیر حاصل از این درک بر کیفیت مراقبت‌های پرستاری و سلامت جسمی و روانی تیم درمان (۵)، همچنین با عنایت به پایگاه داده‌های در دسترس و اندک‌بودن پژوهش‌های این حوزه در ایران، این تحقیق با هدف تعیین درک پرستاران از مراقبت بیهوده در بخش‌های مراقبت ویژه انجام گرفته است.

روش کار

مطالعه‌ی حاضر، مطالعه‌ای تحلیلی از نوع همبستگی است که به منظور تعیین درک پرستاران از مراقبت بیهوده در بخش‌های مراقبت ویژه‌ی مراکز آموزشی درمانی استان مازندران در سال ۱۳۹۴ انجام شده است. بخش‌های ICU بزرگسالان مراکز آموزشی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مازندران (امام خمینی(ره)، بوعلی، زارع، رازی، امام رضا(ع)، امام علی(ع) و ۱۷ شهریور) محیط پژوهش بوده است. پژوهشگران برای اجرای تحقیق، پس از دریافت مجوز از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه و کسب اجازه از مسئولان مراکز آموزشی درمانی، پژوهش را آغاز کردند و نمونه‌گیری را به روش سرشماری انجام دادند. همچنین، داشتن مدرک کارشناسی پرستاری و بالاتر، دارا بودن حداقل یک سال سابقه‌ی کار در بخش ICU و اشتغال تمام‌وقت در بخش ویژه، معیارهای اصلی ورود مشارکت‌کنندگان به مطالعه بوده است.

در مجموع تعداد پرستاران این بخش‌ها ۲۴۰ نفر بود که از این تعداد، ۲۵ نفر معیارهای ورود به مطالعه را نداشتند. از بین ۲۱۵ پرستار واجد شرایط، ۱۸۱ نفر که به شرکت در این پژوهش تمایل داشتند، پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کردند. ابزار

1. Emotional Exhaustion

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-05]

گردآوری داده‌ها شامل پرسش‌نامه‌ی مشخصات دموگرافیک پرستاران و پرسش‌نامه‌ی درک پرستاران از مراقبت بیهوده بوده است. متغیرهای دموگرافیک شامل مشخصات فردی و حرفه‌ای شرکت‌کنندگان بود که حاوی اطلاعاتی نظیر سن، جنس، وضعیت تأهل، مدرک تحصیلی، وضعیت استخدامی، سابقه‌ی کار بالینی، سابقه‌ی کار در ICU، نوع شیفت کاری، میانگین ساعات کار در هفته، اشتغال در بیش از یک بیمارستان و تجربه‌ی بستری بستگان در مراحل انتهایی زندگی در بخش ویژه بوده است.

ابزار بررسی درک پرستاران از مراقبت بیهوده، برگرفته از پرسش‌نامه‌ی ذاکری مقدم و همکارانش است که پس از اعمال تغییراتی در آن، در پژوهش حاضر به کار گرفته شد. ازآنجاکه آن پرسش‌نامه برای مقایسه‌ی درک پزشکان و پرستاران از مراقبت بیهوده طراحی شده بود، اما پژوهش حاضر به دنبال بررسی درک پرستاران از مراقبت بیهوده در بخش‌های مراقبت ویژه بوده، به‌ناچار پس از حذف بعضی گویه‌های پرسش‌نامه، گویه‌های دیگری به آن اضافه و ویرایش شد؛ سپس مجدداً روایی و پایایی پرسش‌نامه بررسی شد. روایی محتوا و صوری این پرسش‌نامه با استفاده از نظرات افراد متخصص اعضای هیأت علمی پرستاری و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۱ تأیید شده است (۲۰).

این پرسش‌نامه شامل ۳۵ گویه است که براساس مقیاس لیکرت از صفر تا چهار نمره‌دهی شده و پاسخ‌ها به‌صورت کاملاً مخالفم، مخالفم، نظری ندارم، موافقم، کاملاً موافقم است. در هر گویه کمترین نمره صفر و بیشترین نمره چهار است که به‌ترتیب به پاسخ‌های کاملاً مخالفم و کاملاً موافقم تعلق می‌گیرد.

پرستاران براساس مجموع نمرات در سه دسته‌ی دارای درک بالا (۹۴تا۱۴۰)، متوسط (۴۷تا۹۳) و پایین (۰تا۴۶) قرار گرفتند. جمع‌آوری نمونه‌ها با مراجعه‌ی حضوری محقق به بیمارستان‌های مربوطه و از طریق توزیع پرسش‌نامه بین پرستاران در شیفت‌های کاری صبح و عصر و شب به مدت دو ماه انجام گرفت. داده‌های جمع‌آوری‌شده با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه‌ی ۱۹ و آزمون‌های آماری توصیفی مانند توزیع فراوانی و شاخص‌های مرکزی و پراکندگی مانند محاسبه‌ی میانگین و انحراف معیار، بررسی و تجزیه و تحلیل شدند. برای بررسی رابطه‌ی بین متغیرها از همبستگی پیرسون، همبستگی جزئی و تی تست دو نمونه (مستقل) و آنالیز واریانس (با پس‌آزمون بنفرونی[1]) استفاده گردید.

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش نشان داد ۸۵/۶ درصد از نمونه‌ها زن و ۱۴/۴ درصد مرد بودند. میانگین سنی پرستاران شرکت‌کننده در پژوهش ۵/۹۸±۳۴/۴۸ سال بود. ۸۴/۵ درصد از پرستاران متأهل و ۴۴/۲ درصد از نمونه‌ها استخدام رسمی بودند. نتایج مطالعه در ارتباط با سابقه‌ی کاری نشان داد که پرستاران به‌طور متوسط ۵/۰۱±۹/۷۹ سال سابقه‌ی کار داشتند و متوسط سابقه‌ی کار در بخش‌های مراقبت ویژه ۳/۷۹±۵/۸۳ سال بود. ۹۵/۶ درصد از پرستاران تحصیلات لیسانس داشتند. ۹۰/۱ درصد از آنان به‌صورت شیفت در گردش کار می‌کردند. همچنین میانگین ساعت‌های کار پرستاران در هفته ۱۱/۳۸±۴۸/۷۹ بوده است. نتایج پژوهش حاکی از آن است که اکثر پرستاران (۸۷/۸ درصد) فقط در یک بیمارستان مشغول به کار بودند و بیش از نیمی از آن‌ها (۶۰/۲ درصد) تجربه‌ی بستری بستگانشان را در مراحل انتهایی زندگی در ICU نداشتند. همان‌طور که در جدول شماره‌ی ۱ مشاهده می‌شود، یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد اکثر پرستاران شرکت‌کننده در مطالعه (۶۵/۷ درصد) درک متوسطی از مراقبت بیهوده داشتند (نک: جدول شماره‌ی ۱).

1. Bonferroni

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-05]

جدول شماره‌ی ۱- توزیع فراوانی درک ازمراقبت بیهوده در پرستاران شاغل در بخش های مراقبت ویژه

فراوانی / نمره‌ی درک	مطلق	نسبی
پایین	۳۶	۱۹/۹
متوسط	۱۱۹	۶۵/۷
بالا	۲۶	۱۴/۴
جمع	۱۸۱	۱۰۰

براساس یافته‌های موجود، بین متغیرهای دموگرافیک شامل سن، سابقه‌ی کار بالینی، سابقه‌ی کار در ICU، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، اشتغال در بیش از یک بیمارستان، تجربه‌ی بستری بستگان در مراحل انتهایی زندگی در ICU، نوع استخدام و نوع شیفت پرستاران با درک آنان از مراقبت بیهوده ارتباط آماری معنی‌داری وجود نداشت (p->0/05 value)؛ اما از جدول شماره‌ی ۲ می‌توان دریافت بین میانگین ساعت‌های کار در هفته با درک از مراقبت بیهوده ارتباط آماری معنی‌داری وجود دارد (p-value<0/05).

جدول شماره‌ی ۲- ارتباط نگرش به مراقبت بیهوده با میانگین ساعات کار در هفته‌ی پرستاران شرکت‌کننده در پژوهش

نام متغیر / میانگین ساعت کار	ضریب همبستگی	p-value
نگرش	۰/۲۰	۰/۰۰۶

بحث

نتایج پژوهش حاضر حاکی از آن است که اکثر پرستاران (۶۵/۷ درصد) درک متوسطی از مراقبت بیهوده داشتند. بنابر نتایج پژوهش محمدی و همکاران نیز که در بخش‌های CCU, ICU, NICU، انکولوژی و دیالیز بیمارستان‌های آموزشی استان خراسان جنوبی انجام شده، درک پرستاران از مراقبت بیهوده در بُعد شدت و تکرار از سطح متوسطی برخوردار بوده است (۲۲). همچنین در مطالعه‌ی برهانی و همکاران که در بخش‌های CCU, ICU, NICU، انکولوژی و دیالیز صورت گرفته، درک پرستاران از مراقبت بیهوده در سطح متوسط گزارش شده است (۲۴). این یافته با یافته‌ی حاصل از پژوهش Piers و همکاران مغایرت دارد؛ آن‌ها در مطالعه‌ی خود که در ۸۲ بخش ICU در سطح اروپا انجام شده، دریافته‌اند پرستاران از مراقبت بیهوده درک بالایی دارند (۵). با توجه به اینکه سطح این پدیده در بخش‌های مراقبت ویژه بالاتر است و پرستاران شاغل در این بخش‌ها بیشتر با بیماران مراحل انتهایی زندگی سروکار دارند به نظر می‌رسد پرستاران شاغل در این بخش‌ها نسبت به سایر پرستاران، با چالش‌هایی متفاوت مواجه هستند و در نتیجه درک بهتری از این پدیده دارند. Ferrell و همکاران در پژوهشی توصیفی با عنوان «شناخت تنش اخلاقی در پرستارانی که شاهد مراقبت‌های پزشکی بیهوده هستند»، با مطالعه بر ۱۰۸ پرستار شاغل در بخش‌های ویژه، اورژانس، اتاق عمل و پرستاران مسئول مراقبت از بیماران مشرف به مرگ در منزل، به این نتیجه دست یافته‌اند که درک پرستاران از مراقبت بیهوده بالا بوده و تنش اخلاقی حاصل از مشاهده‌ی مراقبت بیهوده، بر عواطف و احساسات پرستاران بسیار تأثیر دارد و آنان برای سازگاری با این مسأله به حمایت همه‌جانبه نیاز دارند (۲۳).

ذاکری مقدم و همکاران نیز در مطالعه‌ی خود که به مقایسه‌ی درک پزشکان و پرستاران از مراقبت بیهوده در بخش‌های ویژه پرداخته‌اند، اظهار می‌کنند که پرستاران از مراقبت بیهوده درک خوبی دارند (۲۰). Mobley و همکاران در مطالعه‌ای توصیفی‌مقطعی که روی ۱۰۰ پرستار شاغل در CCU در ایالات متحده انجام داده‌اند، به این نتیجه دست یافته‌اند که تنش‌های اخلاقی حاصل از مراقبت‌های بیهوده فراوان است (۱۴). Dunwoody و همکاران در مطالعه‌ی خود، درک پرستاران از مراقبت بیهوده را بالا گزارش کرده و شرایط ایجادشده در پرستاران را به دنبال مراقبت بیهوده، جزء

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-05]

علل مهم ایجادکننده‌ی دیسترس اخلاقی معرفی کرده‌اند (۲۵). با توجه به معضلات اخلاقی پیرامون مراقبت بیهوده و پیچیدگی آن، اسلامی و همکاران با انجام مطالعه‌ای توصیفی‌مقطعی بر ۱۲۶ پرستار بخش ویژه‌ی کرمان با عنوان «بررسی سطح تنش اخلاقی و درک پرستاران از مراقبت بیهوده در بخش‌های ویژه» بیان داشته‌اند که پرستاران، سطح متوسطی از تنش اخلاقی را به دنبال مراقبت‌های بیهوده تجربه می‌کنند؛ همچنین آن‌ها درک و شناخت کمی از مراقبت بیهوده دارند (۲۱). با توجه به نتایج پیش‌گفته، به نظر می‌رسد تفاوت در سطح درک پرستاران در مطالعات گوناگون، می‌تواند به علت‌های مختلف چون: تفاوت در نحوه‌ی ارائه‌ی خدمت به دلیل پروتکل‌های درمانی متفاوت در کشورهای مختلف، تفاوت‌های فرهنگی، استفاده از ابزارهای متفاوت و تفاوت در طراحی و موضوع مطالعه باشد.

بررسی ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک و درک پرستاران از مراقبت بیهوده حاکی از این است که بین متغیرهای دموگرافیک شامل سن، سابقه‌ی کار بالینی، سابقه‌ی کار در ICU، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، اشتغال در بیش از یک بیمارستان، تجربه‌ی بستری بستگان در مراحل انتهایی زندگی در ICU، نوع استخدام، نوع شیفت پرستاران با درک از مراقبت بیهوده ارتباط آماری معنی‌داری وجود ندارد. این یافته با نتایج مطالعه‌ی ذاکری مقدم و همکاران همسوست (۲۰)؛ اما با نتایج مطالعه‌ی موبلی و همکاران مغایرت دارد. در مطالعه‌ی موبلی، درک از مراقبت بیهوده در پرستاران، به‌طور معناداری با سن بیشتر از ۳۳ سال، سابقه‌ی کار بیشتر از چهار سال در بخش ویژه و سابقه‌ی کار بالینی بیشتر از هفت سال ارتباط داشت. براساس پژوهش موبلی، کسب تجربه و مهارت بالینی در بخش‌های ویژه، به پرستاران در تشخیص و شناسایی مراقبت بیهوده و موقعیت‌های منتج به آن، کمک می‌کند (۱۴).

Meltzer & Huckabay نیز به نتایجی مشابه با مطالعه‌ی موبلی دست یافته‌اند (۱۵). آن‌ها معتقدند مواجهه‌ی مکرر با این مسأله و افزایش سن باعث تغییرات روحی و جسمی خاصی می‌شود که پرستاران را در مقابل این پدیده آسیب‌پذیر می‌کند و سبب می‌شود مواجهه با مراقبت انتهای زندگی تأثیر بیشتری روی آن‌ها داشته باشد؛ این نتیجه با نتایج مطالعه‌ی حاضر مغایرت دارد.

نتایج مطالعه‌ی محمدی و همکاران و برهانی و همکارانش نشان می‌دهد بین مراقبت بیهوده با متغیرهای سن، تعداد سال‌های خدمت و نوع بخش محل خدمت ارتباط آماری معنی‌داری وجود دارد که با نتایج مطالعه‌ی کنونی تفاوت دارد (۲۲و۲۴). بنابر نتایج آزمون همبستگی پیرسون، بین میانگین ساعات کار در هفته و درک از مراقبت بیهوده ارتباط آماری معنی‌داری وجود دارد. این یافته با نتایج مطالعه‌ی ذاکری مقدم و همکاران مغایرت دارد (۲۰). به نظر می‌رسد زیادبودن ساعات کاری پرستاران، ناکافی‌بودن درآمدشان و درنتیجه دو برابر کارکردن آنان، همچنین نبود قوانینی روشن برای پذیرش درست بیمار در بخش مراقبت ویژه که خود موجب افزایش ارائه‌ی مراقبت‌های بیهوده می‌شود، به کاهش انگیزه و نارضایتی پرستاران منجر می‌گردد؛ افزون‌براین، سبب به‌وجودآمدن این احساس در آنان می‌شود که چرا مراقبت‌هایی را انجام دهند که بیهوده و بی‌نتیجه است و فقط درد و رنج بیشتر بیمار و اتلاف هزینه و انرژی را در بر دارد. احتمالاً پرستاران از نبود تناسب میان تلاش فراوانی که برای بهبود بیمار انجام می‌دهند و بازخوردی که از سوی بیمار دریافت می‌کنند، رنج می‌برند؛ ازاین‌رو به نظر می‌رسد حجم کار اضافی پرستار بر درک او نیز تأثیرگذار باشد. در حقیقت می‌توان گفت وقتی پرستار به‌طور مکرر با شرایطی مواجه می‌شود که می‌داند مراقبتی که انجام می‌دهد، بیهوده است ولی به دلایلی باید آن را انجام دهد، درک او تحت تأثیر این شرایط قرار خواهد گرفت.

نتیجه‌گیری

با توجه به سطح متوسط درک پرستاران از مراقبت بیهوده،

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-05]

لازم است با برگزاری کلاس‌های آموزشی و کارگاه‌های تخصصی، با هدف شناخت موقعیت‌های استرس‌زای منتج به مراقبت بیهوده، به افزایش سازگاری و تقویت روحیه در کادر درمان، کمک کرده و از آثار مخرب و اجتناب‌ناپذیر این پدیده بر سلامت جسمی و روانی کادر درمان، به‌ویژه پرستاران کاست. همچنین شایسته است برای به حداقل رساندن تناوب مواجهه با مراقبت بیهوده و تنش‌های حاصل از آن اقداماتی سودمند و کارآمد صورت گیرد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه حاصل یک طرح تحقیقاتی به شماره‌ی ۱۴۲۸ مصوب شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران و پایان‌نامه‌ی دانشجویی دوره‌ی کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت ویژه است. از حمایت‌های معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مازندران برای تصویب و اجرای این طرح تشکر و قدردانی می‌کنیم. همچنین از همکاری و مساعدت مدیران و مسئولان، پرستاران شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه مراکز آموزشی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مازندران که در این تحقیق مشارکت داشته‌اند بسیار سپاسگزاریم.

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-05]

منابع

1- Parsapour A, Hemmati Moghaddam A, Parsapour M, Larijani B. Euthanasia: ethical explanation and analysis. IJME. 2008; 1(4): 1-12. [in Persian]

2- Rastegari najaf abadi H, Sedaghat M, Saedi teharani S, Aramesh K. Euthanasia: nurses' perspective in teaching hospitals of Tehran University of Medical Sciences. IJME. 2010; 3(5): 37-44. [in Persian]

3- Wilkinson DJ, Savulescu J. Knowing when to stop: futility in the intensive care unit. Current opinion in anaesthesiology. 2011; 24(2): 160-165.

4- Gabbay E, Calvo-Broce J, Meyer KB, Trikalinos TA, Cohen J, Kent DM. The empirical basis for determinations of medical futility. J Gen Intern Med. 2010; 25(10): 1083-1089.

5- Piers RD, Azoulay E, Ricou B, et al. Perceptions of appropriateness of care among European and Israeli intensive care unit nurses and physicians. JAMA. 2011; 306(24): 2694-2703.

6- Espinosa L, Young A, Symes L, Haile B, Walsh T. ICU nurses' experiences in providing terminal care. Crit Care Nurs Q. 2010; 33(3): 273-281.

7- Niederman MS, Berger JT. The delivery of futile care is harmful to other patients. Crit Care Med. 2010; 38(10): 518-522.

8- Hanson LC, Usher B, Spragens L, Bernard S. Clinical and economic impact of palliative care consultation. J Pain Symptom Manage. 2008; 35(4): 340-346.

9- 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 Crit Care. 2005; 20(3): 207-213.

10- Smith TJ, Cassel JB. Cost and non-clinical outcomes of palliative care. J Pain Symptom Manage. 2009; 38(1): 32-44.

11- Gade G, Venohr I, Conner D, et al. Impact of an inpatient palliative care team: A randomized controlled trial. J Palliat Med. 2008; 11(2): 180-190.

12- Madani M. Ethical considerations of futile care. IJME. 2013; 6(2): 31-42. [in Persian]

13- Davis JK. Futility, conscientious refusal, and who gets to decide. J Med Philos. 2008; 33(4): 356-373.

14- Mobley MJ, Rady MY, Verheijde JL, Patel B, Larson JS. The relationship between moral distress and perception of futile care in the critical care unit. Intensive Crit Care Nurs. 2007; 23(5): 256-263.

15- Meltzer LS, Huckabay LM. Critical care nurses' perceptions of futile care and its effect on burnout. Am J Crit Care. 2004; 13(3): 202-208.

16- Atashzadeh Sf, Ashktorab T, Yaghmaei F. The experience of moral distress in ICU nurses: A qualitative study. Daneshvar Medicine. 2011; 19(95): 79 -92. [in Persian]

17- Heland M. Fruitful or futile: intensive care nurses' experiences and perceptions of medical futility. Aust Crit Care. 2006; 19(1): 25-31.

18- Sibbald R, Downar J, Hawryluck L. Perceptions of "futile care" among caregivers in intensive care units. Can Med Assoc J. 2007; 177(10): 1201-1208.

19- Yekefallah L, Ashktorab T, Manoochehri H. Experiences of Critical Care Units Nurses about Futile Care; A Qualitative Study. PCNM. 2015; 4(2): 23-34. [in Persian]

20- Zakerimoghadam M, Rezaei M. The comparison of nurses and physicians perception of futile care in Intensive Care Units in hospitals of Shiraz[dissertation]. Tehran(Iran). Tehran University of Medical Sciencess; 2013. [in Persian]

21- Eslami H, Rezaei H. Moral Distress and nurses' perception of futile care in Intensive care units in Kerman[dissertation]. Kerman(Iran). Kerman University of Medical Sciencess; 2010. [in Persian]

22- Mohammadi S, Roshanzadeh M. Exploring the Perception of intensive care unit nurses of futile care. Education & Ethic in Nursing. 2015; 3(2): 65-72. [in Persian]

23- Ferrell BR. Understanding the moral distress of nurses witnessing medically futile care. Oncol Nurs Forum. 2006; 33(5): 922-930.

24- Borhani F, Mohammadi S, Roshanzadeh M. Moral distress and perception of futile care in intensive care nurses. IJME. 2015; 8(2). [in Persian]

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-05]

25- Dunwoody DR. Nurses' level of moral distress and perception of futile care in the critical care environment[dissertation]. NewYork (USA). D'youville College; 2010.

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-05]

Perception of futile care of nurses in intensive care units

Somaye Rostami[1], Ravanbakhsh Esmaeali[2], Hedayat Jafari[*3],
Jamshid Yazdani charati[4], Seyed Afshin Shorofi[5]

[1] *Critical Care Nursing Graduate Student, School of Nursing and Midwifery of Nasibeh, Student Research Committee of Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran*
[2] *Assistant Professor, Faculty Member of Medical Surgical Nursing Department, School of Nursing and Midwifery, Orthopedics Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.*
[3] *Assistant Professor, Faculty Member of Medical Surgical Nursing Department, School of Nursing and Midwifery, Traditional Medicine Research Center of Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.*
[4] *Associate Professor, Department of Biostatistics, School of Public Health, Health Sciences Research Center , Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.*
[5] *Assistant professor, Traditional and Complementary Medicine Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.*

Abstract

Futile medical care is considered as the care or treatment that does not benefit the patient. Thus, perception of the clinical team regarding futile care is of great importance and it has an important role in the quality of nursing care and health of clinical team. This study aimed to determine the relationship between perception of nurses regarding futile medical care and their caring behaviors toward patients in the final stages of life admitted to intensive care units. This correlational, analytical study was performed on 181 nursing staff of the intensive care units (ICUs) of health centers affiliated to Mazandaran University of Medical Sciences, Mazandaran, Iran. The data collection tool included a two-part questionnaire containing demographic characteristics form, perception of futile care questionnaire, and caring behaviors inventory. To analyze the data, statistical tests and central indices of tendency and dispersion were used. Pearson's correlation coefficient, partial correlation, t-test, and ANOVA tests were performed to assess the relationship between the variables. Findings illustrated that the majority of nurses (65.7%) had a moderate perception of futile care. In addition, it was only the mean working hours per week among the demographic variables that had a statistically significant relationship with perception of futile care ($P<0.05$). Given the moderate perception of nurses concerning futile care, implementing suitable interventions for minimizing the frequency of futile care and its resulting tension seems to be mandatory. It is imperative to train nurses on adjustment mechanisms and raise their awareness as to situations resulting in futile care.

Keywords: Keywords: Intensive care unit, Nurses, End-of-life care, Futile care

[*] ***Corresponding Author**:* Email: hjafari@mazums.ac.ir

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-05]