DOI: 10.29252/ijca.1.1.48

Iranian Journal of Cancer Care (IJCA) **Original Article**

Vol.1 No.1, Spring 2022

Futilecare: a conceptanalysis with WalkerandAvant's approach

Bahramnezhad F[1],Asgari P[2*], Sanaie N[3], Fathi A[4]

1- PhD in Nursing, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2- MS, Instructor, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran.
3- MS,Instructor, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran.
4- MS,Tehran University of Medical Sciences,Tehran, Iran.
Corresponding Author: Asgari P, MS, Instructor, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran.
E-mail: P.asgari@arakmu.ac.ir

Received: 2 May 2019 Accepted: 20 May 2019

Abstract

Introduction: Judging about continuing or lack of continuing the process of caretaking for some patients the end of their lives has led to the emergence of a new concept as 'futile care' in medicine. Making decision about what kind of caring is entitled as futile care requires the presentation of a clear definition of such caretaking. Hence, with regard to so many ambiguities in this realm, the researcher decided to invest on analysing the concept of futile care.

Method: The analysis in this research was carried out through Walker and Avant method. The review over the available literature was carried out by searching the databases of SCOPUS, PUBMED, PROQUEST SCIENCE, ISC, IRANDOC,and MAGIRAN by using the phrases of Infectively Care، Futile Care, Infectively Care، Futility in during 1992-2012.

Results: In reviewing the studies, 119 English and 1 Persian title were obtained in initial search which were reduced to 30 papers after going over the headings. Based on the literature review include the lack of good care, medical care consistent with the goals of the back not help patient care that don't improves the quality of life of patients under the care been futile.

Conclusion: It seems that this study has been somehow able to aide us in clarifying the concept of futile care in our culture. Futile care consists giving clinical cares irrelevant to a nurse's job and giving cares through which the return of patient would be impossible both physiologically and qualitatively.

Key words: Concept analysis,Futile care, Futility, Walker and Avant.

Access this article online

Website: www.ijca.ir

DOI: 10.29252/ijca.1.1.48

[Downloaded from ijca.ir on 2026-11-02]

[DOI: 10.29252/ijca.1.1.48]

نشریه مراقبت سرطان | مقاله پژوهشی

دوره اول، شماره ۱، بهار ۱۴۰۱

واضح سازی مفهوم مراقبت بیهوده: تحلیل مفهوم با رویکرد واکر و اوانت

فاطمه بهرام نژاد[۱]، پروانه عسکری[۲*]، ندا ثنایی[۳]، آرزو فتحی[۴]

۱- دکتری پرستاری، دانشکده پرستاری و مامائی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۲- مربی، هیأت علمی، دانشکده پرستاری و مامائی اراک، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران.
۳- مربی، هیأت علمی، دانشکده پرستاری و مامائی زنجان، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران.
۴- کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامائی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
نویسنده مسئول: پروانه عسکری، مربی، هیأت علمی، دانشکده پرستاری و مامائی اراک، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران.
ایمیل : P.asgari@arakmu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۲/۱۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۲/۳۰

چکیده

مقدمه: قضاوت در خصوص ادامه مراقبت یا عدم انجام مراقبت برای برخی بیماران در مراحل پایانی زندگی اشان مفهوم جدیدی تحت عنوان مراقبت بیهوده را در پزشکی مطرح کرده است. تصمیم گیری در این زمینه که به چه مراقبتی بیهوده گفته می شود، نیازمند ارائه تعریف واضحی از مراقبت بیهوده است. با توجه به اهمیت آن، شفاف سازی ابعاد مختلف این مفهوم ضرورت دارد. این مطالعه با هدف واضح سازی مفهوم مراقبت بیهوده با استفاده از رویکرد ۸ مرحله ای واکر و اوانت انجام شده است.

روش: مرور متون در پایگاه های اطلاعاتی در دسترس CINHAL، MEDLINE، Web of Sciences، Google Scholar، Ovid، Iran Medex، Magiran، SID و فرهنگ لغت پزشکی، آکسفورد و مطالعات کتابخانه ای با کمک واژه های جستجوی Infectively Care، Futile Care، Futility Inappropriate Care، مراقبت بیهوده، بیهودگی در پزشکی در فاصله زمانی ۱۹۹۲ تا ۲۰۱۲ انجام شد. مقالات بدون ارتباط و یا فاقد متن کامل حذف شدند. براساس مراحل تحلیل واکر و اوانت، تعریف، کاربردها، ویژگی ها، مقدمات، پیامدها و ارجاعات تجربی مفهوم مراقبت بیهوده استخراج شد.

یافته ها: در مجموع ۱۱۹ مقاله انگلیسی و یک مقاله فارسی یافت شد که ۳۰ مقاله معیارهای ورود به مطالعه را داشته و وارد مطالعه شدند. نتایج جستجو براساس ۸ مرحله واکر و اوانت در متن ذکر شده است. براساس مرور متون مواردی همچون عدم مراقبت مفید، مراقبتی که مطابق با اهداف پزشکی به برگشت بیمار کمک نکند و مراقبتی که کیفیت زندگی بیمار را ارتقا نبخشد را تحت عنوان مراقبت بیهوده دانسته اند.

نتیجه گیری: می توان مراقبت بیهوده را بدین شرح تعریف کرد: ارائه خدمات بالینی (تشخیص، پیشگیری، درمان و توانبخشی) به بیماری که احتمال برگشت آن به زندگی چه از نظر فیزیولوژیک و چه کیفی کمتر از ۵٪ است و با مهمترین هدف پزشکی که برگشت بیمار به زندگی است منافات دارد.

کلید واژه ها: مراقبت بیهوده، تحلیل مفهوم، واکر و اوانت، بیهودگی.

[Downloaded from ijca.ir on 2026-11-02]

[DOI: 10.29252/ijca.1.1.48]

مقدمه

تصمیم گیری بالینی شامل مبادلات منحصر به فرد بین بیماران یا حتی در صورت لزوم خانواده آنها یا پزشکان است. در حالت ایده ال بیماران یا خانواده آنها اهداف مورد نظر یا نتایج مراقبتهای بالینی خود را تعیین کرده، سپس پزشک تعیین می کند که آیا این تصمیمات عملیاتی یا قابل دستیابی اند و هزینه های اقتصادی و انسانی آنها چگونه است.امروزه بدلیل رشد جمعیت افراد مسن و توسعه روشهای درمانی جدید جهت درمان بیماری‌های حاد تهدید کننده حیات، تقاضا جهت تخت ICU زیاد شده و مشکلاتی را به همراه داشته است. همین امر ضرورت بحث‌های فوری در مورد مراقبت بیهوده را مطرح کرده است (۱). چرا که انجام این مراقبت ها علاوه بر صرف هزینه های زیاد و تحمیل این هزینه ها به سیستم بهداشتی و درمانی منجر به درگیری عاطفی خانواده، بیمار و مراقبین بهداشتی می شود (۲).

در سالهای اخیر مرور متون در خصوص معنی بیهودگی در پزشکی خیلی گسترده شده است. به گونه ای که گروه های حرفه ای متنوعی از قبیل پزشکی، حقوق و سیاسی در خصوص مراقبت بیهوده شروع به فعالیت کرده اند (۳). البته مهمترین مشکل در این خصوص عدم تعیین مرزهای یک مراقبت، به عنوان بیهوده است که ناشی از عدم تعریف واحد و مشخص این مفهوم می باشد. چیزی که به عنوان مراقبت بیهوده برای یک تیم درمانی در نظر گرفته شده، ممکن است برای تیم دیگر و یا در شهر یا کشور دیگری به عنوان مراقبت بیهوده نباشد (۴). وقتی در مورد بیهوده بودن یا نبودن مراقبتی صحبت می شود باید در این خصوص بحث شود که منظور از بیهوده بودن یا نبودن مراقبت در این زمینه و فرهنگ چیست؟ در پزشکی و اخلاق پزشکی سوال در این مورد بسیار بوده و منجر به بحث های متعددی شده است (۵). به دلیل نقش‌های متفاوت پزشکان و پرستاران، درک آنها از چیستی و مصادیق مراقبت بیهوده در بیماران در مراحل پایانی عمر بسیار متفاوت است. شکاف میان درک ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی، به دلیل نابرابری در قضاوت و تعریف اهداف واقع گرایانه درمان و مداخله برای تیم درمان است (۶). بحث های موجود در خصوص مراقبت بیهوده افراد را با نوعی سردرگمی مواجه ساخته است. Griener معتقد است ابهامات ظاهری بی شماری که در زمینه تعریف مراقبت بیهوده وجود داشته، منجر به محدود کردن فایده این اصطلاح و کاربرد آن در زمینه های بالینی شده است (۷). البته وجود مشکلاتی همچون توجه به حق استقلال بیمار در قانون و اخلاق یکی از مهمترین چالش های ایجاد شده در زمینه مراقبت بیهوده است برخی معتقدند قضاوت بیهودگی یک امتیاز حرفه پزشکی است که ارزشش از استقلال فردی بیمار بیشتر است (۸). یکی از مهمترین نکاتی که در بحث مراقبت بیهوده مطرح می شود، عدم وجود تعریف رضایت بخش و واضحی برای این مفهوم است لذا تعریف صحیح این مفهوم می تواند در مراقبت از بیماران و حتی نحوه مراقبت سرنوشت ساز باشد. در حال حاضر تحلیل مفهومی که از عملکرد، تحقیق یا تئوری پرستاری نشأت گرفته، از رویکردهای مهم کاوش در بسط و توسعه دانش پرستاری می باشد (۹). واکر و اوانت، فعالیت هایی چون ساخت، مشتق کردن و تحلیل مفاهیم را از کارهای پایه و اساسی در گسترش تئوری های پرستاری می دانند (۱۰).

بسیاری از رویکردهای تحلیل مفهوم مورد استفاده در پرستاری، روش های مشتق شده از الگوی یازده مرحله ای ویلسون بوده که امکان بررسی نظامند مفاهیم مستقل را فراهم می سازد (۱۱).

رویکرد واکر و اوانت، مشتق شده از روش کلاسیک ویلسون بوده که درک و انجام آن برای محققین مبتدی راحت تر می باشد. این رویکرد اثبات گرایانه ی منطقی این قابلیت را دارد که با ساده سازی یک مفهوم تجربی آن را واضح کند (۱۰).

براساس آنچه که گفته شد، این مطالعه با هدف رسیدن به مفهوم واضح تر و روشن تری از مفهوم مراقبت بیهوده و ویژگیهای آن با استفاده از رویکرد نظام مند واکر و اوانت (Walker &Evant) آن انجام شده است.

روش مطالعه

این مطالعه با هدف واضح سازی مفهوم مراقبت بیهوده و تعیین ابعاد آن با استفاده از رویکرد تحلیل مفهوم واکر و اوانت در سال ۱۳۹۱ انجام شده است. این رویکرد ۸ مرحله دارد که شامل تعیین هدف یا اهداف تحلیل، شناسایی تمام کاربردهای مفهوم مورد تحلیل، تعیین تمام ویژگی های تعریف شده از مفهوم، ساخت نمونه های مدل، مرزی، مرتبط، مخالف، مشخص کردن مقدمات، پیامدها و تعریف ارجاعات تجربی است (۹).

در ابتدا جهت یافتن آنچه که تحت عنوان مراقبت بیهوده در مقالات و منابع مرتبط وجود دارد جستجوی اینترنتی در بانک های اطلاعاتی معتبر و در دسترس CINHAL، MEDLINE، Web of Sciences، Google Scholar، Ovid، Iran Medex، Magiran، SID و فرهنگ لغت پزشکی، آکسفورد و مطالعات کتابخانه ای با کمک واژه های جستجوی Infectively Care، Futile Care، Futility Inappropriate Care، مراقبت بیهوده، بیهودگی در پزشکی، در فاصله زمانی ۱۹۹۲ تا ۲۰۱۲ انجام شد. در مجموع ۱۱۹

[Downloaded from ijca.ir on 2026-11-02]

[DOI: 10.29252/ijca.1.1.48]

مقاله انگلیسی و یک مقاله فارسی یافت شد. در مجموع ۳۰ مقاله با متن کامل و مرتبط با موضوع، وارد مطالعه شدند.

انتخاب مفهوم

میزان اهمیت هر مفهوم خاص، بستگی به گستره ای از عوامل مختلف موجود در رشته و نیز مرزهای خارج از آن در طول زمان دارد. لذا مفهومی مهم در نظر گرفته می شود که بیشتر مورد استفاده، تأکید، مطالعه و بررسی قرار می گیرد و هر چه بیشتر تحلیل شود و به طور واضح تری بیان گردد (۹).

در این تحلیل، مفهوم مراقبت بیهوده، به دلیل کاربرد گسترده و اهمیت روزافزون آن در نظام مراقبت بهداشتی انتخاب شد.این مفهوم علاوه بر این که در نظام مراقبت بهداشتی مورد توجه واقع شده است، گروه های حرفه ای متنوعی از قبیل حقوق، فقه و سیاست نیز بدان پرداخته اند. مهمترین مشکل در حال حاضر در خصوص این مفهوم عدم تعیین مرزهای مراقبت بیهوده است این در حالی است که دانستن یک تعریف مشخص از این مفهوم به تصمیم گیری تیم مراقبتی در ارائه خدمات مناسب به بیماران کمک خواهد کرد.

اهداف تحلیل مفهوم:

دلایل زیادی برای انجام تحلیل مفهوم وجود دارد. ممکن است هدف از انجام آن بررسی ساختارهای درونی یک مفهوم پیچیده و شناسایی اجزای تشکیل دهنده آن باشد تا بدین طریق قدرت اکتشافی مفهوم افزایش پیدا کند (۱۱).

می توان گفت تحلیل مفهوم علاوه بر شفاف سازی مفاهیم مبهم و گیج کننده قادر است، مفاهیم پرکاربرد را شفاف ساخته و یک مفهوم را از مفاهیم مشابه اما متفاوت متمایز نموده و اساسی برای توسعه مفهوم فراهم سازد (۱۲).

مفهوم مراقبت بیهوده از جمله مفاهیمی است که برداشت های متعددی می توان از ظاهر آن داشت و این در حالی است که این مفهوم پیچیده بوده و نیاز به شفاف سازی دارد. با روشن سازی مفهوم مراقبت بیهوده درک مشترکی برای کاربران این مفهوم فراهم می شود و منجر به توسعه مفهوم می شود.

تعاریفی همچون انجام مداخلاتی که منجر به بهبودی در پیش آگهی بیمار، آسایش، رفاه بیمار و وضعیت بهداشتی - درمانی نمی شود (۱۰) و یا ارائه مراقبت های پزشکی و درمانی به بیماری که هیچ امید منطقی جهت سود بردن از درمان برای وی وجود ندارد،" بیان شده است (۱۳).

یافته ها

برخی کاربردهای مفهوم مراقبت بیهوده:

واکر و اوانت استدلال می کنند که به تصویر کشیدن نمای کلی، کاربردهای مفهوم مورد بررسی و درک غنی تر مفهوم و اعتبار بخشی به ویژگی های تعریف شده را امکان پذیر می سازد (۹). Davil معتقد است که به مراقبتی بیهوده گفته می شود که مداخلات پزشکی برای بیماری انجام شود که شانس بقا برای وی کمتر از ۵٪ باشد (۱). مراقبت استمرار بخش زندگی برای فردی که بعید به نظر می رسد که بقای آن معنی دار باشد (۱۴). انجام کاری که به دنبال آن احتمال دستیابی به هدف کم است (۱۵).

Ski معتقد است، مراقبتی را بیهوده گویند، که سود قابل ملاحظه ای به فرد نرساند،این سود می تواند کیفی یا فیزیولوژیکی باشد (۱۶).

تعیین صفت های توصیفی:

ویژگی هایی هستند که به کرات هنگام بحث در مورد مفهوم بکار برده می شوند (۹) و نقش کلیدی در افتراق مفاهیم متفاوت ایفا می کنند (۱۲).

در مرور متون به عمل آمده ویژگی های مراقبت بیهوده بدین شرح مشخص شده اند:

مراقبتی که هیچ منطق علمی برای سودرسانی بیمار ندارد.مراقبت از بیماری که احتمال بقا وی بسیار ضعیف است. مداخلاتی که به تحقق هدف مورد نظر کمک نمی کنند. مداخلاتی که به طور معنی داری باعث بقا بیمار نمی شوند. مداخلات مبهم و که اثر آنها برای بیمار مشخص نمی باشد.

ساخت مدل (نمونه)

مورد مدل یا نمونه یک مثال خالص از مفهوم مورد مطالعه بوده و باید واجد تمام ویژگی های مشخص کننده باشد (۹).

"آقای م ۴۰ ساله از دو سال پیش بدنبال تشخیص سرطان معده تحت شیمی درمانی و رادیو تراپی قرار گرفته است. در سه ماه گذشته علائم بیماری وخیم شده و پزشک معالج وی متوجه متاستازهای متعدد از جمله متاستاز به غدد لنفاوی و ریه این بیماران شده است. وی مجددا تحت درمان با داروهای شیمی درمانی، رادیوتراپی با دوزهای بالا قرار گرفته است اما از یک هفته قبل بدنبال وخیم شدن وضعیت بیماری و عدم دریافت مواد غذایی از راه دهان، درد و ضعف شدید در بخش داخلی بیمارستان بستری شده است. وضعیت بیمار به وخامت می رود. در روز دوم بیمار دچار ارست قلبی- ریوی

[Downloaded from ijca.ir on 2026-11-02]

[DOI: 10.29252/ijca.1.1.48]

می شود پس از ۴۰ دقیقه احیا قلبی-ریوی، عملیات با موفقیت انجام شده و بیمار به بخش مراقبت های ویژه منتقل می شود. در این حالت بیمار با GCS3 بوده و مردمک هایش به نور واکنش ندارد. او با مد SIMV به ونتیلاتور وصل می شود. عصر آن روز مجددا دچار ارست قلبی-ریوی می شود. مجددا پس از احیا، عملیات موفقیت آمیز به اتمام می رسد. در روز سوم مجددا بیمار ایست قلبی می کند با عملیات احیا مجددا به زندگی برمی گردد. در این مرحله هیچ برون ده ادراری نداشته و نیاز به دیالیز پیدا می کند. فشارخون بیمار با دریپ دوپامین ۳۰۰mmhg/۷۰۰ بوده و با کاهش قطرات دریپ افت فشار خون پیدا می کند. پزشک معالج وی اظهار دارد که احتمال برگشت این بیمار به زندگی با توجه به علائم پزشکی تقریبا صفر است. با این حال متخصص بیهوشی همچنان اصرار دارد که بیمار تغذیه وریدی TPN و آنتی بیوتیک دریافت کند. همسر بیمار از پزشک در خصوص شرایط بیمارش می پرسد، پزشک تنها به گفتن جمله به خدا توکل کن بسنده می کند."

مورد معرفی شده یک نمونه از مراقبت بیهوده است، زیرا در این حالت بیمار در آخرین مرحله از سرطان معده بوده و دچار ایست های مکرر قلبی-ریوی شده است. فشارخون بیمار با دریپ دوپامین ۷۰۰/۳۰۰mmHg و با کاهش قطرات دوپامین فشارخون بیمار افت می کند. پزشک معالج وی با اطمینان ابراز می کند که احتمال برگشت بیمار به زندگی از نظر فیزیولوژیکی و کیفی، تقریبا صفر است.

تعریف موارد اضافی:

واکر و اوانت ادعا می کنند، تعریف ویژگی های مشخص کننده که معروف ترین ویژگی مفهوم مورد بررسی هستند سخت می باشد، چون می تواند با برخی مفاهیم مرتبط همپوشانی داشته باشد. به همین دلیل برای کمک به محقق به منظور قضاوت در مورد ویژگی های مشخص کننده، بررسی مواردی که کاملا و دقیقا همان مفهوم مورد نظر نبوده و مشابه یا مخالف آن هستند را پیشنهاد می کند (۹).

این موارد شامل موارد مرتبط، مرزی و مخالف اند.

موارد مرزی دربرگیرنده برخی و نه همه ویژگی های مفهوم اند. شناسایی موارد مرزی به وضوح ویژگی هایی که پیش نیاز اساسی برای موارد مدل اند، کمک کرده و باعث کاهش ابهام در حد و مرزهای بین موارد می شود (۱۱).

"آقای م با سرطان معده که به ریه و غدد لنفاوی متاساتاز داده در بخش داخلی بیمارستان بستری است. درمان هایی همچون جراحی، پرتودرمانی و شیمی درمانی نیز برای وی اعمال شده است. یک هفته قبل وی دچار ایست قلبی- تنفسی شده و احیا قلبی-ریوی موفقیت آمیز بوده است. پس از این احیا وی در بخش مراقبت های ویژه بستری شده است. پزشک وی از درد شدیدی شاکی است و مسکن مخدر بصورت وریدی دریافت می کند." مورد معرفی شده یک مدل مرزی از مراقبت بیهوده است زیرا از ویژگی های مفهوم تنها سرطان در مرحله ۴ و احیا قلبی-ریوی را داشته و مهمترین ویژگی یعنی عدم برگشت فیزیولوژیک و یا کیفی در این بخش ذکر نشده است.

مورد مرتبط: فاقد ویژگی های تعریف شده مفهوم است اما به معنای مفهوم مورد تحلیل شباهت می دهد و این شباهت باعث گیجی و اشتباه در تعریف مفهوم می شود (۱۲).

"آقای م با سرطان معده در مرحله ۴ و با متاستاز به ریه و غدد لنفاوی به دلیل پنومونی در بخش داخلی بستری شده است. پزشک برای وی آنتی بیوتیک درمانی را آغاز کرده وبه دلیل ضعف، بی حالی و عدم توانایی بلع، برای وی تغذیه وردیدی شروع شده است."

مورد معرفی شده، هیچ یک از ویژگی های مفهوم مراقبت بیهوده را ندارد اما به دلیل اینکه بیمار در مرحله متاستاز بوده و توانایی خوردن از راه دهان را ندارد، ممکن است با مراقبت بیهوده اشتباه شود.

موارد مخالف: دربرگیرنده هیچ یک از ویژگی های اصلی مفهوم نیست و معرفی آن مشخص می کند که مفهوم مورد تحلیل چه چیزی نیست و این تفاوت به قدری مشهود است که اکثر افراد با دیدن آن می توانند با اطمینان بگویند که این مورد مثال مفهوم مورد نظر ما نیست (۱۲).

"بیمار آقای م ۴۴ ساله با سرطان معده در مرحله ۲ در بخش داخلی، بدلیل پنومونی بستری و از درد شدید شاکی است. اما توانایی خوردن، راه رفتن و فعالیت های روزانه اش را دارد. وی امیدوار است که هر چه زودتر بهبود پیدا کرده و به خانه برگردد. او امیدوار است که بزودی بهبود یافته و بتواند به محل کارش برگردد."

مدل ارائه شده هیچ یک از ویژگی های ارائه شده را ندارد و به راحتی می توان فهمید که مصداق مراقبت بیهوده نیست.

پیش آیندها و پیامدها: پیش آیندها، وقایع و اتفاقاتی اند که باید قبل از بروز مفهوم آشکار شوند و پیامدها وقایعی هستند که که بدنبال بروز مفهوم آشکار می شوند (۹).

مقدمات مراقبت بیهوده عبارتند از:

- داشتن یک بیماری لاعلاج

[Downloaded from ijca.ir on 2026-11-02]

[DOI: 10.29252/ijca.1.1.48]

– عدم برگشت فیزیولوژیک فرد به زندگی و شانس بقای کمتر از ۵٪،
عدم پاسخ دهی به درمان

پیامدها: مراقبت بیهوده منجر به افزایش هزینه های اقتصادی و انسانی، افزایش تعداد احیاهای قلبی–ریوی بدون هدف، افزایش تعداد روزهای اینتوبه شدن و بستری بیمار، دیسترس های اخلاقی، خستگی های عاطفی، فرسودگی شغلی، تحمیل هزینه به خانواده و نظام سلامت و کیفیت پایین زندگی می شود.

ارجاعات تجربی:

براساس نظر واکر و اوانت مفهوم‌ها انتزاعی هستند، ویژگی های مشخص کننده نیز انتزاعی خواهند بود و به همین دلیل نمی توانند نشانگر تجربی خوبی باشند. آنها ارجاعات تجربی را ویژگی های قابل تشخیص مفهوم می دانند که ظهورشان نشانه وجود خود مفهوم است و هدف از تعریف آنها تسهیل اندازه گیری و شناسایی مفهوم و کمک به تولید ابزارهای تحقیقاتی است (۹). براساس مرور متون صورت گرفته ابزارهایی همچون (Corely Moral Distress Scale (CMDS و Malach Burn out Inventory (MBI در خصوص مراقبت بیهوده استفاده شده است، اما در مرور متون انجام شده توسط نویسندگان ابزار مستقلی که به سنجش آن بپردازد، یافت نشد. براساس آنچه که گفته شد نویسندگان به این نتیجه رسیدند که: می‌توان مراقبت بیهوده را بدین شرح تعریف کرد: ارائه خدمات بالینی (تشخیص، پیشگیری، درمان و توانبخشی) به بیماری که احتمال برگشت آن به زندگی چه از نظر فیزیولوژیک و چه کیفی کمتر از ۵٪ است و با مهمترین هدف پزشکی که برگشت بیمار به زندگی است منافات دارد.

بحث

براساس مدل واکر واوانت که شکل اصلاح و ساده شده ی تحلیل مفهوم به شیوه ویلسون (۱۹۶۳) است و به درک ساده، نسبتا قابل درک و جامع مفهوم می پردازد به تعریف و روشن سازی مفهوم مراقبت بیهوده پرداخته شد (۱۷). به دلایلی همچون عدم ارتباط بین تیم درمان و خانواده، توضیح ناکافی در خصوص مراقبت ها و پیش آگهی بیماری به خانواده، عدم وجود دستورالعمل واضح و روشن در خصوص مراقبت بیهوده و اینکه به چه مراقبتی بیهوده گفته می شود، عدم مشخص بودن ابعاد روحی، روانی و زیستی افراد، تصمیم گیری نامناسب، انتظارات غیر واقعی خانواده از مراقبین بالینی، مسائل اخلاقی، عدم وجود مرز مشخص بین مراقبت بیهوده با سایر مراقبت ها، تأثیر عوامل اجتماعی–سازمانی و حرفه ای، هراس از فشارهای قانونی، احترام به حفظ استقلال بیمار در تصمیم گیری، ترس پزشک از عدم اعتماد خانواده و توجه به این واقعیت که خانواده مایل به پیروی از پیشنهاد عدم درمان بیمار نیستند. پیشرفت های پزشکی و فنی، افزایش سن سالمندی، دستورات پزشک که باعث طولانی شدن پروسه مرگ می شود منجر به ارائه مراقبتی تحت عنوان مراقبت بیهوده می شود (۱۵، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱). اگرچه تلاش شد تا تمامی مقالات مرتبط در این خصوص وارد مطالعه شود اما با توجه شرایط موجود و عدم دسترسی پژوهشگر به برخی از پایگاه های جستجو این احتمال می رود که مقالاتی موجود بوده و پژوهشگر آنها را وارد مطالعه نکرده است.

نتیجه گیری

می توان گفت مراقبت بیهوده مفهومی است که تحت تأثیر مسائل فرهنگی، اخلاقی، مذهبی، عدم ارتباط بین کادر درمانی، بیمار و خانواده اش، عدم آموزش همگانی، انجام خطاهای انسانی، پیش آگهی نامشخص بیماری ها و نبود دستورالعمل، شرایط کاری قرار گرفته و عبارت است از ارائه خدمات بالینی غیر مرتبط با کار پرستار و انجام مراقبت هایی که چه از نظر فیزیولوژیکی و چه کیفی احتمال برگشت بیمار تقریبا غیرممکن است و مهمترین پیامدهای آن شامل تحمیل هزینه های سنگین، فرسودگی شغلی، زجرکشیدن بیمار و خانواده اش است و به ناخرسندی پرستار از این مراقبت می انجامد. انجام مراقبت بیهوده فرساینده و رنج آور است و با میزان بیهودگی برای بیمار و خانواده اش هم افزایی دارد.

[Downloaded from ijca.ir on 2026-11-02]

[DOI: 10.29252/ijca.1.1.48]

References

1. Davila F. The Infinite Costs of Futile Care-The Ultimate Physician Executive Challenge. Physician Exec. 2006;32(1): 60.
2. McCabe M, Storm C.When doctors and patients disagree about medical futility. Journal of Oncology Practice.2008; 4(4)207-9.
3. Sibbald R. Perceptions of futile care among caregivers in intensive care units. CMAJ.2007;177(10):1201-8.
4. Brody B, Halvey A. Is futility a futile concept? . J Med Philos. 1995;20(2):. 123-44.
5. 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): 207-13.
6. KopelmanL. Conceptual and Moral disputes about futile and useful treamnt. J Med Philos. 1995;20(2): 109-21.
7. GrienerG.The physician's authority to withhold futile treatment. J Med Philos.1995;20(2): 207-24.
8. Tomlinson, T.Futile care in oncology: when to stoptrying. Lancet Oncol.. 2001;2(12): 759-64.
9. Walker L. Avant K.Strategies for theory construction in nursing. Appleton-century-crofts: NorwalK;2005.
10. Salsali M, Mohammadpour A. Fakhremovahedi A. [Principles and Techniques of Concept Development]. Tehran: Boshra; 2007(Persian).
11. Mackena H. Nursing theories and models. London Routledge;1997.
12. Bahramnezhad F, Cheraghi MA, Salsali M, Asgari P, Fomani FK, Sanjari M, et al. Futile Care; Concept Analysis Based on a Hybrid Model. Glob J Health Sci. 2014;6(5):301.
13. RajPersaud R. Royal B, Maudsley N.Futile Care in the Intensive Care Unit. Mayo Clin Proc. 2006;81(11): 1505-09.
14. FerrellB. Understanding the moral distress of nurses witnessing medically futile care. Oncol Nurs Forum. 2006;2. (1) 21-8.
15. Mobley M, Rady M, Verheijde J,Patel B, Larson J.The relationship between moral distress and perception of futile care in the critical care unit. Intensive Crit Care Nurs.2007;1(2):12.
16. Michalski A. Futile care in oncology: when to stop trying. Lancet Oncol. 2005;2(1): 759-64.
17. Fowler M. Recognizing the Phenomenon of Readiness: Concept Analysis and Case Study. J Assoc Nurses AIDS Care. 1998;9(3): 72-76.
18. Michalski A. Futile care in oncology: whento stop trying. Lancet Oncol. 2001;2: 759-64.
19. Pentez R. Futile care in oncology: when to stop trying. Lancet Oncol. 2001;2(1): 759-64.
20. Meltzer L, Huckabay L.Critical care nurses' perceptions of futile care and itseffect on burnout. American Journal of Critical Care. 2004;13 (3): 202-8.
21. Franklin GA, Cannon R, Smith J, Harbrecht B, Miller B.Impact of withdrawal of care and futile care on trauma mortality. Surgery. 2011;150 (4): 854-60.

[Downloaded from ijca.ir on 2026-11-02]

[DOI: 10.29252/ijca.1.1.48]